

# M.D.

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

Anno XXV, numero 2 - marzo 2018

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

## IN QUESTO NUMERO

### FOCUS ON

6

**Siglata la pre-intesa,  
aspettando la convenzione  
che verrà**

### RIFLETTORI

10

**Per un accesso più rapido  
dei giovani medici  
nell'assistenza primaria**

### TERAPIA

32

**Nuovi anticoagulanti orali:  
questioni aperte  
e problemi pratici**



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



**Maria Erminia Bottiglieri**

*Presidente OMCEO Caserta*

**Donne medico  
al servizio della professione**

# M.D.

MEDICINAE DOCTOR

## M.D. Medicinae Doctor

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

## Direttore Responsabile

Dario Passoni

## Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo 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

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Donne medico al servizio della Professione ..... 5
- **Focus on**  
Siglata la pre-intesa, aspettando la convenzione che verrà ..... 6  
- *Ipotesi di preaccordo: la premessa e gli arretrati* ..... 8
- **Riflettori**  
Per un accesso più rapido dei giovani medici nell'assistenza primaria ..... 10
- **Contrappunto**  
No al trasferimento delle competenze mediche ad altre professioni ..... 12
- **Profili**  
La sanità italiana è sempre più declinata al femminile ..... 15
- **Professione**  
Analisi e proposte per fronteggiare la carenza dei medici di famiglia ..... 16

## AGGIORNAMENTI

- **Malattie del metabolismo minerale e osseo**  
Prevenzione delle fratture, tra ospedale e territorio ..... 22
- **Neuroscienze**  
Promozione della plasticità del cervello contro la demenza senile ..... 23
- **Onco-ematologia**  
Terapia cellulare contro alcune forme di leucemia e linfomi ..... 24
- **Prevenzione**  
Dieta mediterranea o vegetariana? Le risposte dalla letteratura ..... 25
- **Reumatologia**  
Prime linee di indirizzo sulla fibromialgia, Mmg figura centrale ..... 26
- **Urologia**  
Prostatiti e linee guida EAU 2017: quali novità? ..... 27
- **Radiologia diagnostico-interventistica**  
Trattamento mini-invasivo della fibromatosi uterina ..... 28

## CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**  
La settimana di un medico di famiglia ..... 30
- **Terapia**  
Nuovi anticoagulanti orali: questioni aperte e problemi pratici ..... 32
- **Rassegna**  
Bevande alcoliche e rischio cardiovascolare ..... 36
- **Ricerca**  
Innovazione nelle malattie neurologiche ..... 39
- **Ricerche**  
Ipertensione arteriosa e agopuntura: utopia o realtà? ..... 42
- **Osservatorio**  
Allergie, il paradosso dell'immunoterapia allergene specifica ..... 45
- **Proposte**  
Gestione integrata del paziente oncologico ..... 46

# Donne medico al servizio della Professione

Il comparto sanitario si tinge sempre più di rosa, cresce il numero delle donne medico, ma le attuali normative non stanno al passo coi tempi, creando delle vere e proprie diseguaglianze di genere nell'esercizio della professione. Proprio per monitorare questo cambiamento e tutelare le colleghe la FNOMCeO, a guida del primo presidente donna **Roberta Chersevani**, ha istituito, durante gli anni del suo mandato, l'Osservatorio Nazionale della Professione Medica ed Odontoiatrica Femminile. Moltissime sono le iniziative a cui tale organismo ha dato vita, *M.D.* ne ha parlato con **Maria Erminia Bottiglieri**, presidente dell'OMCeO di Caserta, che nello scorso triennio è stata coordinatrice dell'Osservatorio.

"Diverse sono state le iniziative messe in campo dall'Osservatorio - spiega Bottiglieri - *in primis* quella finalizzata a rendere conciliabile la genitorialità con la professione medica. La collega **Anna Maria Calcagni**, attuale presidente OMCeO di Fermo, si è fortemente impegnata nella tutela del diritto alla maternità per tutte le giovani colleghe, soprattutto per quelle con contratti precari".

Per poter costruire una vera e propria cultura della differenza, anche in Medicina, l'Osservatorio ha anche dato vita ad un corso di formazione *ad hoc*: 'La Medicina al Femminile' con l'obiettivo di discutere, in un'ottica di genere, l'impatto delle donne medico nel mondo delle cure, individuando i differenti stili di apprendimento/insegnamento, di esercizio della professione e relazione di cura. "Un corso - puntualizza il presidente di Caserta - nato anche per imprimere una svolta nell'insegnamento e nella didattica universitaria della disciplina medica".

"Altra tappa importantissima - prosegue Bottiglieri - è stato il documento realizzato sul grande problema della violenza sulle donne. Un documento che è stato propedeutico alla richiesta di applicazione dei codici rosa su tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è quello di far venir fuori i casi sommersi di violenza di ogni genere attraverso un percorso che inizi nel Pronto soccorso e continui sul territorio".

L'esperienza dell'Osservatorio è terminata e per il presidente dell'OMCeO di Caserta si apre una nuova sfida che è stata svelata di recente dal presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli**: "il Comitato Centrale ha voluto creare una nuova area strategica, quella della Professione, la cui referente sarà Maria Erminia Bottiglieri".

"La sicurezza sui luoghi di lavoro - annuncia Bottiglieri - sarà uno dei primi argomenti che questa area strategica affronterà". Si tratta infatti di una criticità che investe l'intera professione. La problematica della violenza è ormai trasversale al genere e all'età, anche se, in alcuni contesti, le donne medico sono maggiormente esposte a fattori di rischio quali, ad esempio, i turni di continuità assistenziale in luoghi isolati e non adeguatamente protetti.

Attualmente sono 11 i presidenti donna eletti negli Ordini provinciali e tutte insieme hanno deciso di incidere collegialmente per dare voce alle richieste di una professione declinata sempre più al femminile attraverso un confronto periodico con i vertici della FNOMCeO. "Abbiamo chiesto e ottenuto dalla Federazione l'istituzione di un tavolo permanente. Il tavolo - sottolinea Bottiglieri - sarà coordinato dalla collega Anna Maria Calcagni, si riunirà in occasione dei Consigli Nazionali e ci darà l'opportunità di presentare le nostre istanze e di dialogare con l'esecutivo".

(A.S.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Maria Erminia Bottiglieri

# Siglata la pre-intesa, aspettando la convenzione che verrà

Il primo marzo presso la Sisac è stato siglato il verbale di pre-intesa dell'Accordo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale a cui dovrebbe seguire il rinnovo relativo al triennio 2016-2018, negoziato e varato nell'anno in corso. Una base di partenza per una contrattazione che non si presenta affatto facile

**L'**Intersindacale dei medici delle cure primarie ha annunciato così la sigla del preaccordo per la MG: *"Sindacati medicina generale uniti: ok firma pre-intesa per recupero degli arretrati. Poste le basi per il rinnovo dell'Acn"*.

Al primo posto quindi c'è il recupero degli aumenti.

Nel verbale e negli articoli allegati della pre-intesa relativi alla bozza di Acn, Sisac e rappresentanti di categoria hanno infatti concordato di rinviare alcune questioni e relativi articolati ad un successivo approfondimento.

In particolare i sindacati hanno dichiarato di voler affrontare l'esame del Capo relativo all'assistenza negli istituti penitenziari, per il cui accesso è stato previsto il possesso del titolo di formazione in medicina generale, solo dopo l'avvio di un confronto in sede politica con il Ministero della Salute e le Regioni/Province Autonome in merito alla necessità di aumentare il numero complessivo delle attuali borse di studio del corso di formazione specifica in medicina generale.

È stato condiviso che gli articoli relativi al *massimale di scelte e sue*

*limitazioni*, e alla scelta del medico saranno affrontati e discussi nel corso della prosecuzione delle trattative per la conclusione della contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo) che dovrà avvenire entro il 2018.

L'esame dell'articolo relativo agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale dovrà essere riesaminato al tavolo delle Regioni e Province Autonome.

Dalla prima bozza della pre-intesa infatti è stata stralciata la parte 'più divisa', quella inerente all'aumento del massimale e anche il paragrafo sulla medicina penitenziaria, che aveva provocato altri malumori.

Malgrado ciò i commenti dei leader sindacali dopo la sigla del preaccordo evidenziano quanto sull'unità del fronte sindacale aleggino troppi paletti e distinguo sempre meno 'formali' e sempre più 'sostanziali' come quelli espressi dal presidente dello Snami **Angelo Testa**.

## ► L'ottimismo della Fimmg

Per la Fimmg la firma della pre-intesa è indice di un nuovo ciclo di fiducia tra Regioni e Medicina

Generale e rappresenta la base per risolvere molte delle criticità che attualmente attanagliano la professione: "come la velocizzazione dell'accesso alla professione dei giovani medici formati per la medicina generale e la maggior tutela delle colleghe in gravidanza, sia che frequentino il corso di formazione specifica che in attività lavorativa".

## *L'emergenza borse di studio.*

Per Fimmg il tema dell'aumento del numero di borse di studio per il corso di formazione in medicina generale rappresenta ormai una emergenza non più rinviabile, anche per risolvere la stessa esigenza delle Regioni di costruire l'area della Medicina Penitenziaria che condividiamo e su cui con le Regioni dovremmo rapidamente lavorare e trovare soluzione".

"Sui punti che ancora hanno bisogno di una validazione del Comitato di Settore - ha tenuto a specificare il segretario nazionale Fimmg **Silvestro Scotti** - ci arrivano segnali incoraggianti che ci fanno pensare ad un superamento delle criticità che appartengono solo al rispetto delle giuste procedure istituzionali, ma che non offrono altri motivi di

impedimento. Su questo voglio essere ottimista poiché con le Regioni e con gli uomini che le rappresentano si è ricreato a nostro avviso quel rapporto di fiducia che ci potrà permettere di migliorare i nostri risultati nel rispetto della sostenibilità del Ssn come facciamo quotidianamente con i nostri pazienti". E in effetti la fiducia risposta dalla Fimmg è stata confermata dal recente impegno che le Regioni hanno deciso di intraprendere verso l'incremento del numero di borse di studio per i medici di medicina generale.

**La sicurezza.** "Abbiamo poi voluto dare un primo segnale concreto sulla questione della sicurezza nelle sedi di continuità assistenziale, prevedendo che questa venga svolta solo in sedi idonee - conclude Scotti - Il tema mi sta particolarmente a cuore, avevo promesso all'ultimo Congresso che Fimmg avrebbe fatto di tutto per far 'passà a nuttata' e questo risultato va nella giusta direzione".

#### ► I distinguo dello Smi

Anche per Smi la preintesa è: "una buona base di partenza che mette al sicuro gli arretrati (un atto dovuto) e pone le fondamenta per una discussione che abbia al centro la valorizzazione del ruolo della MG e l'obiettivo di uniformare tutte le aree contrattuali all'interno dell'Acn, in termini di pari opportunità e pari dignità".

"Come donna - ha dichiarato **Pina Onotri**, segretario generale - non posso che essere contenta dell'attenzione rivolta, alla astensione obbligatoria e astensione

### L'impegno delle Regioni per l'incremento delle borse di studio in MG

Il 7 marzo, al termine della riunione della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, il Coordinatore **Antonio Saitta** (Assessore della Regione Piemonte) ha dichiarato: "Ho informato il Presidente della Conferenza delle Regioni, **Stefano Bonaccini**, che gli assessori delle Regioni hanno condiviso l'esigenza di incrementare il numero dei medici da formare. Lo abbiamo fatto - ha spiegato Saitta - basandoci su due caposaldi essenziali. Prima di tutto partendo dall'utilizzo dell'intero fondo disponibile per finanziare borse di studio, a importo stabile. Una modalità che consentirebbe di finanziare, per il corso che inizierà nel 2018, 1.185 borse di studio con un incremento del 20%. La seconda leva su cui intendiamo agire è quella di finanziare borse di studio aggiuntive con risorse derivanti dalle disponibilità finanziarie di ogni singola regione. Una strada percorribile, facendo in modo però che l'incremento si verifichi in tutte le Regioni. Una gestione oculata di questa seconda leva potrebbe portare le borse complessive a raggiungere quota 2000. Credo - ha concluso il coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni - che questa sia la strada su cui si può lavorare per un rilancio dell'apporto dei medici di medicina generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale".

anticipata per gravidanza, e gravidanza a rischio, per le colleghe. Tra altro è stata sottolineata, congiuntamente, con la parte pubblica, la necessità di messa in sicurezza delle guardie mediche".

**Un accordo frettoloso.** Detto ciò Onotri tiene ad evidenziare che si tratta comunque di un accordo "frettoloso, nato sotto la pressione della tornata elettorale segnato anche dalle polemiche derivanti dalla denuncia sulla futura carenza di camici bianchi nei prossimi anni". "Tra le criticità - precisa Onotri - c'è l'assenza di un percorso vero verso il tempo pieno e il ruolo unico, per tutti i medici dell'area, proposta storica dello Smi da oltre 20 anni. Non esiste, inoltre, al momento, nessuna apertura sulla stabilizzazione dei precari, la valorizzazione

di equipollenti ed equivalenti, per scongiurare la futura carenza di professionisti del settore, come evidenziato nelle scorse settimane dall'Enpam. Tra gli spunti positivi, l'accelerazione dell'ingresso in graduatoria dei giovani medici neo formati". Per Smi manca ancora una visione di insieme sulle cure primarie, la continuità dell'assistenza e la rete di emergenza.

#### ► Il gelo dello Snamì

I commenti del presidente Snamì **Angelo Testa** sono una vera e propria doccia fredda. Per dovere di informazione va detto che sul preaccordo manca la sigla dello Snamì che aspetta il pronunciamento dei dirigenti sindacali convocati a Roma in un congresso straordinario.

**La fretta è cattiva consigliera.** L'accelerazione impressa alla firma preoccupa il presidente Snam. "È singolare - dichiara Testa - o meglio dire imbarazzante che dopo anni di silenzi, indiscrezioni, precarietà negli appuntamenti mancati, in un 'nanosecondo' la Sisac, per conto delle Regioni partorisca una bozza e in una giornata secca la si licenzi seppur dopo 10 ore continuative di confronto". Al di là del recupero degli arretrati, che anche per Snam è un atto dovuto, sarebbero poche le note positive di questo preaccordo rappresentate dalla maggior tutela delle colleghe in gravidanza, dall'accelerazione dell'ingresso in graduatoria dei giovani medici neo formati e da un primo segnale concreto sulla questione della sicurezza nelle sedi di continuità assistenziale, prevedendo che l'attività ambulatoriale venga svolta solo in sedi idonee. Per Testa la preintesa non è affatto foriera di un nuovo ciclo di fiducia tra Regioni e Medicina Generale come in-

vece è stato sottolineato dalla Fimmg, anzi: "Non ci fidiamo degli intenti - precisa - l'andazzo generale corrente è sotto gli occhi di tutti: continui tentativi in varie Regioni più o meno riusciti, di 'scippare' le indennità ai medici, semi-privatizzazione delle cure territoriali attraverso i 'gestori' borse per la scuola di formazione assolutamente sotto dimensionate, medicina penitenziaria, 118 e Continuità assistenziale 'dimenticati' in una saga mal riuscita di 'estrazione dei conigli dai cilindri' con effetto a sorpresa. Manca ancora una visione di insieme delle cure primarie, della continuità dell'assistenza e della rete di emergenza". Per tutto questo il presidente Testa tiene a sottolineare che Snam si batterà affinché: "dopo anni di melina e di calma piatta si arrivi a ricevere un documento e poi la conseguente trattativa non sia lampo in una fretta che è sempre cattiva consigliera". "Ci batteremo - continua - per convincere gli altri che se abbia-

mo bisogno di medici, ridurre le pubblicazioni delle località carenti da due ad una volta all'anno diventa un vero e proprio paradosso". **Sull'aumento del massimale per le zone carenti di Mmg precisa:** "Una cosa è una valutazione per risolvere i problemi di alcune zone carenti, soprattutto del Nord Italia, che vanno costantemente e ripetutamente deserte e l'altra alimentare un percorso pericoloso e generalizzato di conflittualità tra medici con conseguente aumento della spesa sanitaria e soprattutto di impedimento all'inserimento di nuove e nuovi colleghi. Conoscendo il sistema siamo consci che cercheranno di far rientrare il tutto 'dalla finestra' nel prossimo futuro, per cui c'è la nostra massima attenzione per evitarlo. Confermiamo lo stesso atteggiamento per gli argomenti non trattati che meritano soluzioni che non possono attendere come il 118, la medicina penitenziaria e la continuità assistenziale".

## Ipotesi di preaccordo: la premessa e gli arretrati >>>>>

### ► **Ecco quanto si legge nella premessa dell'ipotesi di preaccordo per l'Acn della Medicina Generale:**

"Il presente Acn viene sottoscritto in attesa di concludere entro l'anno la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo affronta alcune priorità emerse nel corso della trattativa, già oggetto delle linee di indirizzo, che richiedono una

soluzione negoziale particolarmente tempestiva. Tali priorità attengono in particolare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio e alla regolamentazione del diritto di

sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali. Con il presente Acn vengono altresì definite le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del Ssn nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati".

## Art. 8 Arretrati

### Comma 1

► Preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e considerata la scelta di addivenire alla sottoscrizione del presente Acn in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018, le parti concordano l'erogazione delle sole risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del Ssn), per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

Medici di Assistenza Primaria	
Tabella A1 - Arretrati 2010 - 2015	
Anno	€/anno per assistito
Arretrati 2010	0,35
Arretrati 2011	0,52
Arretrati 2012	0,52
Arretrati 2013	0,52
Arretrati 2014	0,52
Arretrati 2015	0,52

Medici di Continuità Assistenziale	
Tabella B1 - Arretrati 2010 - 2015	
Anno	€/per ora
Arretrati 2010	0,11
Arretrati 2011	0,17
Arretrati 2012	0,17
Arretrati 2013	0,17
Arretrati 2014	0,17
Arretrati 2015	0,17

Medici di Medicina dei Servizi Territoriali	
Tabella C1 - Arretrati 2010 - 2015	
Anno	€/per ora
Arretrati 2010	0,07
Arretrati 2011	0,10
Arretrati 2012	0,10
Arretrati 2013	0,10
Arretrati 2014	0,10
Arretrati 2015	0,10

Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale	
Tabella D1 - Arretrati 2010 - 2015	
Anno	€/per ora
Arretrati 2010	0,12
Arretrati 2011	0,18
Arretrati 2012	0,18
Arretrati 2013	0,18
Arretrati 2014	0,18
Arretrati 2015	0,18

### Comma 2

► Per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici e alla regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, sono corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del Ssn nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti

Medici di Assistenza Primaria	
Tabella A2 - Arretrati 2016 - 2017	
Anno	€/anno per assistito
Arretrati 2016	0,77
Arretrati 2017	1,28

Medici di Continuità Assistenziale	
Tabella B2 - Arretrati 2016 - 2017	
Anno	€/per ora
Arretrati 2016	0,24
Arretrati 2017	0,41

Medici di Medicina dei Servizi Territoriali	
Tabella C2 - Arretrati 2016 - 2017	
Anno	€/per ora
Arretrati 2016	0,15
Arretrati 2017	0,25

Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale	
Tabella D2 - Arretrati 2016 - 2017	
Anno	€/per ora
Arretrati 2016	0,26
Arretrati 2017	0,44

per gli anni 2016-2017) secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

► **Gli arretrati di cui alla Tabella A1 del comma 1 e alla Tabella A2 del comma 2** sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga acquisite secondo quanto previsto dall'articolo 40 dell'Acn 23 marzo 2005 e s.m.i. nell'anno di riferimento.

► **Gli arretrati di cui alle tabelle B1, C1 e D1 del comma 1 e alle tabelle B2, C2 e D2 del comma 2** sono corrisposti ai medici di medicina generale a quota oraria (continuità assisten-

ziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale), in funzione delle ore di servizio svolte nell'anno di riferimento.

► **Gli arretrati di cui al comma 1** del presente articolo sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Acn.

► **Gli arretrati di cui al comma 2** del presente articolo sono corrisposti entro i 90 giorni successivi al termine di cui al comma precedente.

# Per un accesso più rapido dei giovani medici nell'assistenza primaria

La promozione dell'occupazione dei medici per lo sviluppo dell'assistenza primaria non può prescindere dal riconoscimento della formazione in Medicina Generale quale specializzazione universitaria e dall'accesso alla titolarità degli incarichi di MG anche ai giovani medici con attività certificata per durata equivalente di sostituzione di medicina generale e formazione Ecm specifica

**Mauro Marin** - *Direttore Distretto Sanitario, Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - Pordenone*

In risposta all'attuale e futura carenza di medici per compensare il ricambio generazionale nell'assistenza primaria, è necessario proporre nuovi provvedimenti per favorire l'occupazione e un più rapido ed ampio accesso agli incarichi dei giovani medici nel Ssn quelli con attestato di formazione in Medicina Generale e quelli con equivalente esperienza maturata e certificata in sostituzioni a Mmg di durata complessiva pari al corso triennale in MG, costituente una formazione sul campo senza l'onere aggiunto di aumentare il numero di borse di studio per il corso triennale in Medicina Generale.

Nel frattempo secondo l'Acn, ancora in vigore, la carenza di Mmg può essere compensata solo con l'aumento temporaneo del massimale ai medici già convenzionati (art. 39, comma 3), l'assegnazione di incarichi provvisori (art. 38), l'iscrizione di assistiti con medici convenzionati operanti in ambiti limitrofi (art. 40, comma 10) o l'abbreviazione delle procedure per l'assegnazione di ambiti carenti per la medicina generale (art. 34, comma 19).

## ► Medici con attestato di formazione

La proposta prevede un più ampio accesso agli incarichi nel Ssn nella medicina dei servizi territoriali per i medici

con attestato di formazione in MG, riconosciuto prima come specializzazione e quindi inserito come titolo equipollente di "Medicina Generale" nel Decreto Ministeriale 31 gennaio 1998 (G.U. n. 37 del 14/02/1998) per l'accesso alla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale medico di primo livello, Area di Sanità Pubblica, Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base. Così i medici con attestati di formazione in MG potrebbero accedere anche alla dipendenza nella medicina dei servizi territoriali che si occupa di assistenza primaria, di residenze protette, di istituti penitenziari, di assistenza domiciliare consentendo alle aziende sanitarie un importante sviluppo delle cure domiciliari. Atto preliminare alla realizzazione di questa proposta è il riconoscimento della formazione in MG quale specializzazione universitaria, come è già in altri Paesi europei. L'esercizio della professione di Mmg in Italia è ora vincolato al possesso di un titolo attestante una formazione specifica in medicina generale ai sensi del D.Lgs. 17 agosto 1999 n.368 modificato dal D.Lgs. 8 luglio 2003 n.277, attuativi dell'art. 7 della Direttiva 86/457/CEE, art. 36 della Direttiva 93/19/CEE e art. 29 della Direttiva 2005/36/CEE. Attualmente sono titoli equipollenti vigenti i precedenti diplomi di formazione in medicina gene-

rale conseguiti ai sensi della legge 8 aprile 1988 n.109, del D.Lgs. 8 agosto 1991 n.256, del D.Lgs 17 agosto 1999 n.368 e il diritto acquisito per i medici senza attestato di continuare a svolgere l'attività di medicina generale, riconosciuto con Decreto Ministeriale Sanità Costa del 15 dicembre 1994.

## ► Medici senza attestato ma con equivalente attività triennale certificata

Poiché è una realtà ineludibile che vi sono numerosi medici che hanno maturato una formazione sul campo effettuando sostituzioni certificate di medicina generale e che il numero attuale di borse di studio programmate è insufficiente a garantire il ricambio generazionale e coprire il futuro fabbisogno di medici di assistenza primaria, è proponibile l'accesso alla titolarità degli incarichi di Medicina Generale anche ai giovani medici con attività certificata per durata equivalente di sostituzione di medicina generale e formazione ECM specifica, secondo il principio già riconosciuto agli infermieri di abilitazione alle attività per competenze certificate e secondo il modello di equipollenza già riconosciuta con Decreto Ministeriale Sanità 15 dicembre 1994 " *Individuazione di categorie di medici aventi diritto ad esercitare*

*l'attività di medicina generale, indipendentemente dal possesso dell'attestato di formazione allora biennale di cui agli artt. 1 e 2 del D.Lgs. n.256/1991" (G.U. n. 303 del 29/12/1994).*

### ► **Modifica del decreto sulla libera circolazione dei medici**

La proposta di promozione dell'occupazione di questi giovani medici con attività maturata sul campo certificata dalle Aziende Sanitarie prevede la riproposizione modificata di questo Decreto 15 dicembre 1994 ed è conforme alla normativa UE sulla libera circolazione dei medici e sul reciproco riconoscimento dei diplomi tra Stati membri che nello specifico prevede come "requisiti minimi" per il rilascio del titolo:

**a)** che sia rilasciato da un ente riconosciuto;

**b)** che preveda almeno 6 mesi di attività certificata in un ambulatorio di medicina generale o di cure primarie;

**c)** che siano comprovate conoscenze di livello qualitativamente equivalente a quelle fornite nel percorso di formazione specifica in Medicina Generale (Direttiva 93/16/CEE integrata dalle Direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE).

Quindi l'attività certificata di sostituzione in Medicina Generale e di formazione ECM in MG per un triennio equivalente alla durata del corso potrebbe così consentire di impiegare questi medici nell'assistenza primaria rispondendo alle attuali criticità assistenziali e consentendo ai medici italiani pari opportunità rispetto ai colleghi stranieri che oggi possono accedere in sovrannumero ai corsi o ai colleghi stranieri che chiedono un riconoscimento di ruolo per lavorare in Italia con i requisiti minimi citati previsti dalla normativa europea in materia di libero scambio, ma senza aver conseguito l'attestato di formazione triennale in Medicina Generale.

## Schema delle proposte di modifica

### 1

Proposta di modifica delle attività e specializzazioni per l'accesso dei medici con attestato di formazione in medicina generale alla disciplina concorsuale per gli incarichi di dipendenza nelle cure primarie e nell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali

**A.** Proposta di integrazione al D.M. 31/01/1998 per l'accesso al primo livello della dirigenza medica. Le specializzazioni affini valutabili per la partecipazione ai concorsi del primo livello dirigenziale del ruolo sanitario sono individuate nella tabella allegata al presente decreto (G.U. n.37 del 14 febbraio 1998): Area di sanità pubblica: 4) Organizzazione dei servizi sanitari di base. Proposta di integrazione come titolo equipollente è inserire: Medicina generale (Attestato del Corso di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente).

**B.** Proposta di integrazione al D.M. 30/01/1998 per l'accesso al secondo livello della dirigenza medica. Tabelle A (titoli di carriera) e B (specializzazioni) relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale sanitario del Ssn (G.U. n.37 del 14 febbraio 1998).

### Proposta di integrazione

Valevole per la valutazione e la verifica dei titoli di carriera	Valevole per la valutazione e verifica delle specializzazioni
Area di sanità pubblica	Area di sanità pubblica
4) organizzazione dei servizi sanitari di base	4) organizzazione dei servizi sanitari di base
Servizi equipollenti:	scuole equipollenti:
Medicina generale (attività certificata come previsto da art. 3-sexies D Lgs 502/1992 per l'accesso del mmg alla direzione di distretto)	Corso triennale di formazione in medicina generale o titolo equipollente

### 2

Proposta di riproposizione aggiornata e integrata del Decreto Ministeriale 15 dicembre 1994 per il riconoscimento ai medici, abilitati alla professione, ma senza attestato di formazione in MG, dei titoli di servizio di complessiva durata triennale, certificati ai sensi dell'art.16 dell'Acn per la Medicina Generale, quali titolo equipollente all'attestato di formazione in medicina generale per l'accesso alla graduatoria di medicina generale di cui all'art.15 dell'Acn per la medicina generale.

### Proposta Nuovo Decreto Ministeriale Salute, art. 1\*

Indipendentemente dal possesso degli attestati di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs 17 agosto 1999 n.368 e D.Lgs. 8 luglio 2003 n.277, attuativi dell'art. 7 della Direttiva 86/457/CEE, art. 36 della Direttiva 93/19/CEE e art. 29 della Direttiva 2005/36/CEE, tutti i medici abilitati all'esercizio professionale aventi il requisito del titolo di servizio, certificato ai sensi dell'art.16 dell'Acn 2005-2009 per la MG, di aver svolto attività di medicina generale in qualità di sostituto o per incarico a tempo determinato certificato per un periodo complessivo di tre anni uguale al periodo di durata dello specifico corso di formazione predetto, hanno diritto ad esercitare l'attività professionale di medico di medicina generale nell'ambito del Ssn, con i limiti e le modalità previste dalle convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni.

*\*È conforme alla normativa UE sulla libera circolazione dei medici e sul reciproco riconoscimento dei diplomi tra Stati membri che nello specifico prevede come "requisiti minimi" per il rilascio del titolo a) che sia rilasciato da un ente riconosciuto, b) che preveda almeno 6 mesi di attività certificata in un ambulatorio di medicina generale o di cure primarie, c) che siano comprovate conoscenze di livello qualitativamente equivalente a quelle fornite nel percorso di formazione specifica in medicina generale (Direttiva 93/16/CEE integrata dalle Direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE).*

# No al trasferimento delle competenze mediche ad altre professioni

*Così il presidente della FNOMCeO Filippo Anelli ha commentato la proposta, emersa durante il Congresso della Federazione degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (Fnopi), accolta con una certa apertura dal Dg Aifa Mario Melazzini, e riportata dalle principali agenzie di stampa: “di studiare forme di ‘prescrizione’ di medicinali da parte degli infermieri”*

“// Diciamo un no forte e chiaro al *task shifting*, al trasferimento delle competenze professionali dal medico ad altre figure sanitarie. Le competenze del medico non gli derivano da investitura soprannaturale, ma sono acquisite in ragione di percorsi formativi condivisi da tutte le istituzioni e gli attori coinvolti: dal Parlamento, dal Governo, dal Ministero della Salute e dal Miur, dalla Conferenza Stato Regioni, dalle Università, dagli Ordini, dai rappresentanti dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. È una questione di garanzia nei confronti dei nostri pazienti e dei nostri sistemi sanitari: in tutti i paesi dove si è attuato il *task shifting*, il risultato è stato un abbassamento di qualità dei Servizi Sanitari”. Così il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) **Filippo Anelli** ha commentato la proposta, emersa durante il recente Congresso della Federazione degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (Fnopi), accolta con una certa apertura dal Dg Aifa **Mario Melazzini**, e riportata dalle principali agenzie di stampa, ‘di studiare forme di ‘prescrizione’ di medicinali da parte degli infermieri’.

## ► Il rapporto medico-paziente

“La prescrizione non è un fatto automatico, ma è la conclusione di un percorso articolato che pas-

sa attraverso la diagnosi, anche differenziale - spiega Anelli - Non può essere un momento avulso dalla valutazione complessiva del malato, non può essere estrapolata dalla relazione di cura tra il medico e il suo paziente”.

“Anche nell’ambito della cronicità - ha sottolineato Anelli - ogni volta vanno valutati aggiustamenti terapeutici, vanno monitorate le risposte del paziente e messe in conto le eventuali interazioni, se il malato, come sempre più spesso accade, è in politerapia. È una garanzia per la salute del paziente, è una questione di appropriatezza, di efficacia e di buon funzionamento per il Servizio Sanitario Nazionale”.

## ► La prescrizione è un atto medico

“Proprio nell’ambito del Primo Congresso Fnopi, abbiamo stretto un’alleanza per continuare a approfondire la *partnership* tra le nostre professioni, ma questo è possibile solo nel rispetto delle rispettive e sostanzialmente diverse competenze” - conclude Anelli -. La collaborazione con l’Ordine degli Infermieri può e deve esprimersi anche nella gestione della terapia, e nei progetti di miglioramento dell’aderenza terapeutica. Ma la ‘prescrizione’, con qualunque nome si scelga di chiamarla, è e non può che rimanere atto medico”.

# La sanità italiana è sempre più declinata al femminile

Un'impetuosa transizione di genere attraversa la sanità italiana con un impatto non inferiore a quella demografica ed epidemiologica

**S**ono 159.669 i medici donna oggi in Italia, 11.825 le odontoiatre, 4.439 le professioniste iscritte a entrambi gli albi. In totale quasi 176mila professioniste, che, in tutte le fasce di età sotto i cinquant'anni, hanno 'sorpassato', per numero, i colleghi uomini. E la forbice è tanto più evidente tra le generazioni più giovani.

"Le nostre professioni sono sempre più declinate al femminile - ha affermato il presidente della FNOMCeO, **Filippo Anelli** -. È necessario che anche i sistemi organizzativi tengano conto di questa nuova fotografia della popolazione medica e odontoiatrica, e vi si adeguino. In questo primo scorcio del governo del nuovo Comitato Centrale abbiamo portato all'attenzione delle istituzioni, in particolare del Ministero della Salute, alcuni punti di criticità che potrebbero essere fonti di disuguaglianza tra colleghi e di inefficienza per il Ssn. Il Ministro Lorenzin si è adoperata per affrontare la questione delle colleghe in maternità durante il Corso di Formazione, è stato riattivato il Tavolo tecnico sulle problematiche in materia di Medicina Generale ed è stato finalmente istituito l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli operatori sanitari".

"Sono primi passi concreti - precisa -. In particolare, l'Osservatorio sulla sicurezza, che monitorerà e analizzerà i casi di aggressione e violenza, per individuare i fattori di pericolosità e proporre soluzioni per permettere a

tutti gli operatori sanitari, uomini, donne, giovani o meno giovani, di lavorare non esponendosi a rischi inutili. La problematica della violenza è ormai trasversale al genere e all'età, anche se, in alcuni contesti, le colleghe e i giovani sono maggiormente esposti a fattori di rischio quali, ad esempio, i turni di guardia medica in luoghi isolati e non adeguatamente protetti. Proprio per sottolineare questa trasversalità e comunanza delle problematiche, il Comitato Centrale ha voluto creare una nuova Area Strategica, quella della Professione, la cui referente sarà **Maria Erminia Bottiglieri**, che nello scorso triennio era al vertice dell'Osservatorio Professione medica al Femminile".

## ► È necessario un cambio di rotta

"La sanità è donna, grazie ad una crescita, numerica e professionale, costante al punto da divenire già maggioranza tra i nuovi medici, ma questo fenomeno - ha commentato il segretario nazionale Anaa Assomed **Costantino Troise** - tarda però ad entrare nelle proposte strategiche delle organizzazioni, comprese quelle sindacali, fino a rappresentarne una parte essenziale e costitutiva per dare anche una compiuta visione di genere ad esigenze e legittimi interessi di categorie professionali in rapida mutazione. Una visione di genere che occorre assumere nei contratti di lavoro, nelle leggi, nella

prassi che non possono rimanere quelle di dieci anni fa, arroccate a vecchi paradigmi, come se la crescita delle donne fosse semplicemente un fenomeno di costume. Spetta a tutti assumere l'impegno di rileggere teoria e prassi delle organizzazioni alla luce della differenza di genere e far sì che cresca la rappresentanza e la partecipazione delle nuove intelligenze professionali. L'ingresso delle donne in medicina non è neutro, ma portatore di domande che obbligano a ragionare su modifiche dell'organizzazione del lavoro positive per tutti, a pensare a nuovi modelli che recuperino i valori professionali ed i tempi di vita, che si prendano cura del nostro lavoro per permetterci di meglio prenderci cura dei cittadini. Il conflitto evidente tra organizzazione del lavoro e sistema di tutele, può risolversi solo con un cambiamento dell'organizzazione, e non con una sconfitta del sistema dei diritti, in un gioco a somma zero che pensa di poter dare un diritto in più a qualcuno soltanto togliendolo ad un altro". "Occorre realizzare il cambiamento necessario, sia organizzativo che culturale, in tempi ravvicinati - conclude Troise - vincendo le resistenze che caratterizzano ogni gruppo organizzato, sollecitandolo a ripensarsi, ad includere meriti e valorizzare disponibilità, per compiutamente interpretare e rappresentare i cambiamenti e le nuove domande di cui l'altra metà del cielo è portatrice".

# Analisi e proposte per fronteggiare la carenza dei medici di famiglia

Aumento del carico assistenziale, crescita delle cronicità in rapporto all'invecchiamento della popolazione sono argomenti su cui i medici da tempo richiamano l'attenzione. Fino ad ora non ci sono state risposte adeguate e la situazione è diventata allarmante per effetto della cosiddetta gobba pensionistica che nei prossimi anni determinerà una vera e propria emergenza "medici"

**Giuseppe Carnazzo** - *Medicina generale, Catania*; **Giuseppe Ferla** - *Professore di elettronica, Catania*

**C**irca otto anni orsono proprio dalle pagine di questo periodico abbiamo lanciato l'allarme sul futuro dei medici in Italia e in particolare di quello relativo ai medici di famiglia (Mmg).

In quell'articolo (*M.D. Medicina Doctor 2010*; 35:/36:11) ponemmo l'attenzione su due criticità:

1. l'aumento negli anni del carico di lavoro dei medici di famiglia a causa dell'invecchiamento della popolazione;
2. l'invecchiamento dei medici laureatisi durante gli anni dell'accesso libero alla facoltà di Medicina.

Quest'ultimo punto era stato portato alla ribalta anche da un articolo del *Il Sole 24 Ore* che aveva riassunto il problema nel titolo: "*La popolazione italiana invecchia, ma i medici invecchiano anche di più*".

Nel 1989 in tutte le Università italiane fu introdotto il numero chiuso alla facoltà di Medicina. Una decisione per far fronte alla pleora medica presente nel nostro Paese. Questa decisione però non tenne nel giusto conto il problema che si sarebbe inevitabilmente creato con l'aumento delle patologie croniche legate all'invecchiamento della professione e la brusca riduzione del numero dei laureati in Medicina sul territorio.

Attualmente i medici nati nel 1950 quindi in età pensionabile sono oltre 10 mila. A causa del boom delle iscrizioni della facoltà di medicina negli anni '70 questo numero sale ad oltre 17 mila per i nati nel 1956 e si mantiene a 10 mila per i nati dal 1957 fino al 1960. Quindi per i prossimi 10 anni andranno in pensione ogni anno da 10 mila a oltre 16 mila medici, mentre i camici bianchi che dovrebbero sostituirli sono limitati a poco più di 6 mila dal numero chiuso introdotto nel 1989.

## ► Dati Eurostat

Secondo Eurostat l'Italia ha in Europa la più alta percentuale di medici fra i 75 ed il 55 anni, il 52%. Nel contempo ha la più bassa percentuale di medici sotto i 44 anni, il 26%.

Adesso a questo problema se ne sovrappone un altro. Quello della situazione finanziaria del Bilancio dello Stato, che impone ulteriori tagli alle spese statali. Ci attendono quindi ulteriori restrizioni per il comparto sanitario, malgrado l'Italia sia tra i Paesi europei quello che investe il minor Pil in sanità.

Nel 2017 il Bilancio statale ha registrato uscite per 606,5 milioni di euro (di cui 79.3 per interessi del debito di circa

2.300 milioni di euro) a fronte di entrate per 568 milioni di euro. Per cui il debito complessivo è salito di 38.5 milioni di euro. Se si vogliono evitare problemi con il debito pubblico, come la crisi del 2012, occorre limitare le spese.

La spesa pubblica per la salute nel 2016 si è ridotta di circa il 4% per ciò che riguarda la spesa ospedaliera ed il totale della spesa è stato contenuto a poco meno di 150 miliardi di euro. Questo risultato è stato ottenuto anche grazie all'incremento della partecipazione diretta dei cittadini che nel 2016 ha raggiunto il 25% della spesa totale. Tuttavia questi sforzi hanno portato ad una riduzione della qualità della sanità, con incremento dei tempi di attesa e con molti cittadini che rinunciano alle cure: ben 12 milioni secondo il rapporto Censis dello scorso luglio, anche se la cifra è stata contestata. Malgrado tutto ciò la mortalità nel 2017 si è ancora ridotta ed il numero di anziani continua a crescere (*figura 1*).

La crescita della popolazione di anziani è di circa 300 mila persone per anno (*figura 2*). Il peso economico di un assistito di 70 anni è due volte e mezzo quello della popolazione media. Si può quindi dire che occorre assistere ogni anno 750 mila persone in più. La sostituzione dei medici che vanno in

Figura 1

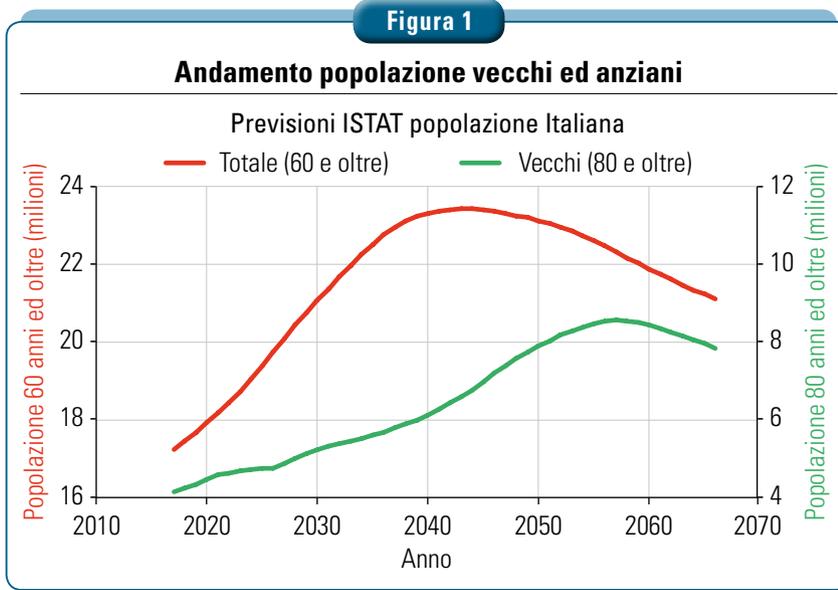
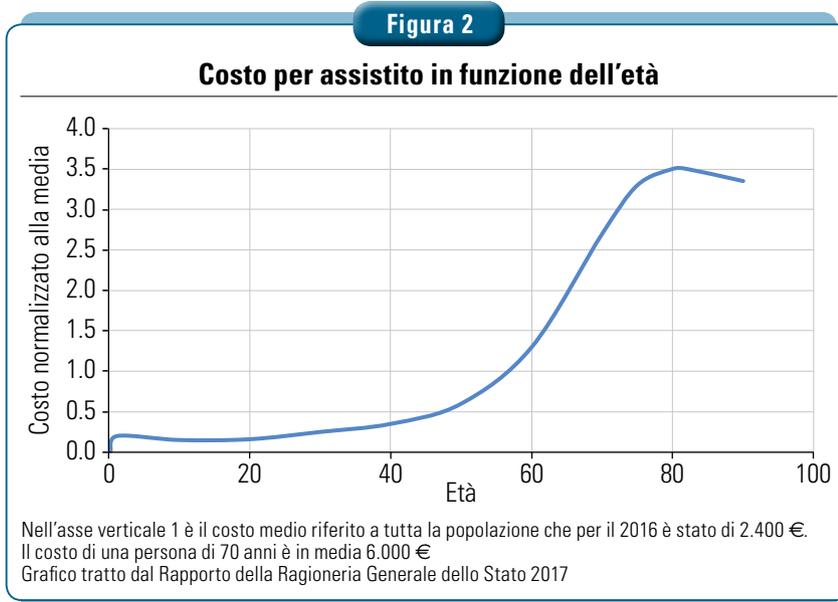


Figura 2



pensione non basterà a gestire questa situazione. A creare un'ulteriore criticità è il crescente carico burocratico che investe l'esercizio della professione medica. La medicina sempre più amministrata tende a controllare e programmare la spesa sanitaria senza alcun obiettivo per il miglioramento della salute dell'assistito e della qualità delle cure.

### ► La mancata programmazione

Nei prossimi cinque anni, i medici del Ssn che andranno in pensione saranno 45 mila, una vera e propria emorragia. Ma l'allarme sarà ancora maggiore tra dieci anni: nel 2028 andranno in pensione 33.392 Mmg e 47.284 medici ospedalieri per un totale di 80.676 uscite stimate per

effetto dei pensionamenti. Tali uscite non saranno comunque bilanciate da presumibili nuove assunzioni. Consentire ai medici di poter lavorare per altri tre anni, dopo aver raggiunto l'età pensionabile, attenuerebbe il problema.

Un'iniziativa del genere è stata messa in atto nel 2004 per i dirigenti d'azienda ed ebbe molto successo. All'epoca lo stipendio di chi aderiva all'iniziativa veniva aumentato dei contributi pensionistici al lordo delle trattenute fiscali. Lo Stato non doveva pagare la pensione ed il lavoratore aveva lo stipendio aumentato in modo sostanziale. Tuttavia la legge restò in vigore solo per due anni.

Un'altra proposta di rapida attuazione è quella di proporre da subito un incremento delle borse di studio per il corso di specializzazione in Medicina Generale.

Sarebbe anche opportuno aprire il corso di MG ai colleghi che a vario titolo svolgono nella pubblica amministrazione attività non assistenziale. Inoltre sarebbe necessario un'assegnazione rapida delle zone carenti, evitando pastoie burocratiche intercomunali. Un giovamento verrebbe anche dall'ottimizzazione della continuità assistenziale le cui sedi potrebbero diventare centri unici pluri comunali. In caso di esuberi, i medici di CA potrebbero entrare direttamente nella convenzione per la medicina di famiglia. È chiaro che bisogna adeguare il numero di ingressi alla Facoltà di Medicina alle future esigenze. Attualmente per rispondere alla carenza dei Mmg si è proposto di aumentare il massimale. A nostro avviso non è ridistribuendo i pazienti che si potrà risolvere il problema, ma solo razionalizzando la presenza dei medici nella pubblica amministrazione, evitando utilizzi non assistenziali e riconvertendo figure da troppo tempo sottoutilizzate.

# AGGIORNAMENTI



## ■ **MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO**

*Prevenzione delle fratture, tra ospedale e territorio*

## ■ **NEUROSCIENZE**

*Promozione della plasticità del cervello contro la demenza senile*

## ■ **ONCO-EMATOLOGIA**

*Terapia cellulare contro alcune forme di leucemia e linfomi*

## ■ **PREVENZIONE**

*Dieta mediterranea o vegetariana? Le risposte dalla letteratura*

## ■ **REUMATOLOGIA**

*Prime linee di indirizzo sulla fibromialgia, Mmg figura centrale*

## ■ **UROLOGIA**

*Prostatiti e linee guida EAU 2017: quali novità?*

## ■ **RADIOLOGIA DIAGNOSTICO-INTERVENTISTICA**

*Trattamento mini-invasivo della fibromatosi uterina*

## ■ MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO

### Prevenzione delle fratture, tra ospedale e territorio

L'osteoporosi è una patologia di prevalenza e incidenza in costante incremento, tanto da rappresentare una vera emergenza sanitaria mondiale. Basti considerare che la mortalità a un anno dopo frattura di femore è del 25% e i soli costi diretti del trattamento della frattura da fragilità sono quattro volte quelli del tumore della mammella, tre volte quelli dell'IMA e tre volte quelli dell'ictus cerebri.

“Per la prevenzione delle fratture da osteoporosi, se possibile anche in prevenzione primaria, è fondamentale il coinvolgimento non solo dello specialista ospedaliero, ma anche dell'attività sanitaria territoriale. Solo una buona coordinazione fra le diverse figure coinvolte nella gestione del paziente, ai diversi livelli di gravità, può permettere una adeguata azione preventiva e una ottimale distribuzione dei carichi di lavoro e delle competenze”. È l'auspicio di **Fabio Massimo Ulivieri**, Medicina Nucleare, Mineralometria Ossea Computerizzata, Ambulatorio Malattie Metabolismo Minerale e Osseo della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, nonché coordinatore del congresso “Osteoporosi: casi clinici” (Milano, 27/1/2018). “Prioritariamente in prevenzione primaria si tratta di intervenire sui fatto-

ri di rischio prevedibili che portano nel corso del tempo alla perdita di massa ossea (abolizione del fumo e dell'abuso di alcol, favorire l'attività fisica e un buon trofismo dell'osso con un adeguato apporto di calcio e di vitamina D)”.

#### ► Topics del congresso

Nel corso del congresso sono stati affrontati diversi temi, tra cui l'evoluzione degli strumenti diagnostici.

- “Per molti anni i valori della densitometria ossea sono stati associati strettamente alla diagnosi di osteoporosi. Solo più recentemente si è chiarito che si tratta solo di uno degli strumenti per definire il reale rischio di frattura” - spiega **Cristina Eller-Vainicher**, Endocrinologia e Malattie Metaboliche del Policlinico. Per questo, per individuare quali pazienti con un quadro densitometrico di osteoporosi vadano effettivamente trattati, sono stati elaborati specifici algoritmi che aiutino, soprattutto i medici del territorio, a definire quando elevare il livello di attenzione o realizzare approfondimenti per meglio definire il quadro di rischio di fratture. Con questo intento, negli anni sono stati creati il FRAX e il DeFRA di origine italiana e derivato dal FRAX e che ne

supera alcuni limiti intrinseci e consente una considerazione più accurata dei fattori di rischio, a cui è stata integrata la nota 79 dell'AIFA.

- Un altro argomento, affrontato da **Anna Paola Tassi**, Fisiatria ASP Istituti Milanese Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio di Milano è stato quello dell'approccio conservativo: “In caso di frattura vertebrale da osteoporosi, dopo aver realizzato l'inquadramento del paziente e della frattura, in caso si optasse per un approccio conservativo, soprattutto in fase acuta, ci si avvale di busti rigidi. Questi hanno la funzione di impedire l'aggravamento, fornire sostegno e alleviare la sintomatologia dolorosa e permettere un precoce disassettamento. La posizione della fratture, la costituzione del paziente e la compliance sono elementi che concorrono alla scelta”.

- Alcune forme di osteoporosi sono secondarie a malattie sistemiche, spesso misconosciute. In questi pazienti la prevenzione delle fratture non è così efficace. “Per questo occorre fare particolare attenzione ad alcuni elementi, come il riscontro di osteopenia in giovane età, spesso associata a celiachia. Altre cause possono riguardare casi di osteogenesi imperfetta, mastocitosi o talassemia” - conclude il Prof. Ulivieri.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Fabio Massimo Ulivieri

## ■ NEUROSCIENZE

### Promozione della plasticità del cervello contro la demenza senile

**P**romozione della plasticità del cervello, cioè sulla capacità dei circuiti neuronali e delle sinapsi di adattarsi agli stimoli e quindi anche ai cambiamenti causati dalle patologie incipienti o dall'invecchiamento, che possono essere controbilanciati agendo sulla plasticità cerebrale. Per ottenere questo benefico adattamento è necessario stimolare il cervello. Sono le premesse del protocollo "Train the Brain" (Allena il cervello) nato da una intuizione del neurofisiologo Prof. Lamberto Maffei già Presidente dell'Accademia dei Lincei, sperimentato per quattro anni presso gli Istituti di Fisiologia Clinica e di Neuroscienze del Consiglio Nazionale delle Ricerche, in collaborazione con l'Università degli Studi di Pisa.

La ricerca intendeva verificare la possibilità di rallentare la progressione della demenza senile, ormai dichiarata emergenza mondiale a causa dell'assenza di trattamenti farmacologici in grado di bloccare la malattia e per l'aumento esponenziale della popolazione anziana.

Il progetto, attraverso un approccio non farmacologico, ha quindi sviluppato un percorso combinato

di esercizi fisici e di training cognitivi. I ricercatori, in particolare, hanno sottoposto al ciclo di trattamenti una coorte di soggetti statisticamente significativa (n.113, età compresa tra 65-89 anni), con diagnosi di danno cognitivo lieve (Mild Cognitive Impairment-Mci), predittivo di un potenziale sviluppo dell'Alzheimer o di demenza vascolare.

Gli anziani selezionati sono stati accolti, per sette mesi e per tre mattine a settimana, nell'area della ricerca del Cnr di Pisa in una struttura appositamente creata e attrezzata con una palestra, in un contesto ricreativo e rilassante, con ampio spazio per le attività di gruppo e la musicoterapia e con ambienti dedicati alla stimolazione cognitiva basata, per esempio, su compiti di memorizzazione di volti e parole, esercizi di logica, giochi di attenzione.

#### ► Miglioramento cognitivo

"L'80% dei pazienti che hanno partecipato al progetto - spiega il Prof. Maffei - mostra un significativo miglioramento cognitivo - del restante 20% la stragrande maggioranza è stabile e solo due sono

peggiorati. I soggetti non sottoposti al trattamento, messi nel gruppo di controllo, presentano invece, nello stesso arco di tempo, un peggioramento rilevante. I trattamenti praticati hanno fatto registrare nei pazienti che hanno partecipato anche variazioni della funzionalità cerebrale e vascolare, tra cui un aumento dell'afflusso sanguigno nel cervello e una miglior risposta cerebrale a compiti impegnativi. I parametri di funzionalità cerebrale sono stati valutati con le più moderne tecniche di imaging.

I familiari riferiscono anche un importante aumento del coinvolgimento dei pazienti nella vita familiare e nelle attività quotidiane e i pazienti esprimono gradimento per l'intervento, al punto che molti di loro, al termine del ciclo di trattamenti chiedono di poter tornare per un ciclo successivo. Anche nella terza età non è mai troppo tardi: i neuroni rispondono agli stimoli con effetti sorprendenti per il benessere cerebrale, consentendo di attuare una vera strategia anti-invecchiamento".

► Per promuovere e sostenere la diffusione del protocollo è stata costituita la Fondazione IGEA Onlus, Roma ([www.fondazioneigea.it](http://www.fondazioneigea.it)).

#### Bibliografia

- Train the Brain Consortium. Maffei L et al. Randomized trial on the effects of a combined physical/cognitive training in aged MCI subjects: the Train the Brain study. *Scientific Report. Nature*. doi:10.1038/srep39471

## ■ ONCO-EMATOLOGIA

### Terapia cellulare contro alcune forme di leucemia e linfomi

**È** una pagina nuova e promettente della ricerca in Medicina: CAR-T, acronimo di *Chimeric Antigen Receptor T-cell*, è una tecnologia in grado di riprogrammare i linfociti T in modo che possano combattere il tumore dall'interno. Finora i principali risultati sono stati raggiunti su pazienti affetti da leucemia linfoblastica acuta (LLA) e linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) per i quali i farmaci tradizionali non avevano più efficacia. Dopo la sperimentazione della terapia CAR-T all'ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma sul primo paziente pediatrico di 4 anni italiano affetto da LLA refrattaria alle terapie convenzionali, che ha fatto notizia in tutto il mondo (a distanza di due mesi il bambino sta bene) la ricerca nel nostro Paese si proietta verso il futuro per favorire la disponibilità e l'accesso al trattamento. Ne abbiamo parlato con **Andrea Biondi**, Direttore della Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma, Monza.

#### ► Terapia cellulare CAR-T nella LLA

Le cellule CAR-T sono linfociti T che presentano sulla propria superficie recettori CAR (Chimeric Anti-

gen Receptor), molecole proteiche "chimeriche" sviluppate in laboratorio e costituite da parti diverse: una componente riconosce uno specifico antigene target, l'altra si collega al sistema interno alla cellula per attivare il linfocita stesso. I recettori chimerici, dunque, sono in grado di individuare con precisione uno specifico bersaglio molecolare (che nel caso della LLA è l'antigene CD19 espresso dalle cellule tumorali dei pazienti) attivarsi e neutralizzare le cellule malate.

Per produrre i CAR-T è necessario ingegnerizzare i linfociti del paziente. Le cellule vengono prima estratte dal paziente attraverso una procedura ambulatoriale, poi vengono inviate al laboratorio per essere modificate. Durante il processo vengono inseriti all'interno dei linfociti T (in genere tramite vettori virali) frammenti di DNA che contengono le informazioni necessarie alle cellule per sintetizzare CAR. Quando CAR è espresso sulla loro superficie, i linfociti T sono in grado di riconoscere e attaccare le cellule tumorali in maniera mirata. I CAR-T sono cellule del sistema immunitario a tutti gli effetti e sono addestrate a combattere una determinata patologia. Possiedono

la capacità di proliferare e la loro attività persiste all'interno dell'organismo del paziente per diverso tempo, anche dopo una singola somministrazione. Caratteristiche, queste, che differenziano i CAR-T dai farmaci convenzionali e per le quali vengono definiti anche "farmaco vivente".

I risultati più recenti nella LLA recidivante o refrattaria riferiti ad uno studio clinico, che ha coinvolto 25 centri internazionali - tra cui quello di Monza. Sono stati trattati 75 pazienti in età pediatrica o giovani adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta di tipo B, in recidiva o resistenti alla chemioterapia. A tre mesi dall'infusione di CAR-T l'81% dei pazienti era in remissione, dopo sei mesi l'80% e dopo 12 mesi il 59% (*N Engl J Med* 2018; 378: 449-59).

La terapia cellulare che utilizza i CAR-T è una delle strategie più innovative e promettenti nel trattamento di bambini e adulti con diagnosi di leucemia e linfoma. Senza sensazionalismi ma con grande sobrietà come la Ricerca richiede nel rispetto dei malati è oggi oggetto di numerose sperimentazioni in tutto il mondo - conclude Biondi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Andrea Biondi

## PREVENZIONE

### Dieta mediterranea o vegetariana? Le risposte dalla letteratura

**F**ornire informazioni ai propri assistiti in tema di alimentazione è sempre più difficile, da un lato per l'eterogeneità della popolazione, dall'altro perché spesso vengono diffuse notizie prive di fondamenti scientifici.

Trasferire l'evidenza scientifica che emerge dalla letteratura nel lavoro quotidiano è una delle armi che il medico ha a disposizione per orientare i propri pazienti. In questo ambito è recente la pubblicazione su *Circulation* di uno studio italiano (CARDIVEG - *Cardiovascular Prevention with Vegetarian Diet*).

"Il nostro studio ha messo a confronto per la prima volta la dieta mediterranea e una dieta vegetariana (nello specifico lacto-ovo-vegetariana, con esclusione di prodotti di origine animale di derivazione diretta, carne fresca e processata e pesce) nella stessa popolazione. Le due diete sono state riconosciute a livello scientifico per i loro effetti benefici in prevenzione di malattie di natura cardiovascolare, tuttavia in letteratura non sono presenti studi che le mettono a confronto nella stessa popolazione" - spiega ad *M.D.* il Prof. **Francesco Sofi**, Scienza dell'Alimentazione, dell'Università degli Studi di Firenze.

#### Lo studio

Nello studio randomizzato, i ricercatori hanno assegnato a soggetti onnivori sovrappeso con un profilo di rischio cardiovascolare basso-moderato, clinicamente sani (n. 118, età media 51 anni, femmine 78%) una dieta lacto-ovo-vegetariana (VD) e una dieta mediterranea (MD), ambedue a basso contenuto calorico, per 3 mesi. L'outcome primario era la differenza di peso corporeo, indice di massa corporea e cambiamenti di massa grassa tra i 2 gruppi. Obiettivi secondari erano le differenze nei cambiamenti di parametri di rischio di malattia CV tra i 2 gruppi.

#### Risultati

La ricerca ha dimostrato che ambedue le diete sono efficaci nella prevenzione del rischio CV globale con un miglioramento dello stato di salute, con alcune diversità. Non sono state osservate differenze tra le 2 diete per il parametro del peso corporeo, come riportato da analoghe e significative riduzioni ottenute sia da VD (-1,88 kg) che da MD (-1,77 kg). Risultati simili sono stati osservati per l'IMC e la massa grassa. Al contrario, tra i due interventi sono

state ottenute differenze significative per alcuni parametri. A fine studio la VD ha ridotto significativamente C-LDL, vitamina B12 e i livelli di acido urico, mentre solo la dieta mediterranea ha mostrato il potenziale per migliorare i livelli di trigliceridi e di interleuchina-17.

"Entrambi le diete sono risultate valide in prevenzione primaria e la riduzione/eliminazione dei prodotti di origine animale prevista da una alimentazione lacto-ovo-vegetariana può essere una valida alternativa alla dieta mediterranea, a patto di applicarla con le dovute accortezze (controllo della vitamina B12). Un elemento emerso dallo studio e che ci ha positivamente sorpresi è che la popolazione arruolata è stata molto aderente. Eravamo dubbiosi sul fatto che persone onnivore avrebbero seguito una dieta vegetariana per 3 mesi. In pratica clinica significa che una riduzione del consumo di carne può essere proposto senza difficoltà alla popolazione" - conclude il Prof. Sofi.

#### Bibliografia

Francesco Sofi, Monica Dinu, Giuditta Pagliai et al. Low-calorie vegetarian versus mediterranean diets for reducing body weight and improving cardiovascular risk profile: CARDIVEG Study (Cardiovascular Prevention With Vegetarian Diet). *Circulation* 2018. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030088>



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Francesco Sofi

## ■ REUMATOLOGIA

### Prime linee di indirizzo sulla fibromialgia, Mmg figura centrale

**I**l documento di consenso dell'Emilia Romagna "Linee di indirizzo per la diagnosi e il trattamento della fibromialgia" rappresenta una delle prime esperienze di inquadramento della diagnosi e presa in carico delle persone affette da fibromialgia. Al gruppo di lavoro regionale hanno partecipato l'Associazione Malati Reumatici Emilia-Romagna, i professionisti delle Asl, i Mmg, l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Il documento è candidato a diventare un modello sul territorio nazionale.

Va ricordato che per una persona affetta da fibromialgia trascorrono in media più di 2 anni prima della diagnosi, dopo almeno 3 differenti visite specialistiche e diversi esami. Il trattamento presenta altrettante criticità, con il ricorso a svariate tipologie di trattamenti farmacologici e non farmacologici.

#### ► **Messaggi chiave del documento**

► La fibromialgia è caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico cronico e diffuso, spesso è associata ad astenia, disturbi del sonno, problemi cognitivi (es di attenzione, di memoria), problemi psichici (es ansia, depressione) e ad un ampio insieme di sintomi somatici e neurovegetativi.

► Può avere un rilevante impatto sulla qualità di vita dei pazienti.

► L'approccio terapeutico maggiormente appropriato è multidisciplinare, basato su un programma individualizzato di cura che include diverse tipologie di interventi: educativi, farmacologici e non farmacologici.

► La presa in carico del paziente ha luogo nel setting dell'assistenza primaria:

- il Mmg formula la diagnosi e, sulla base di specifici criteri, imposta il trattamento non farmacologico e/o farmacologico e ne monitora gli esiti;
- il reumatologo è lo specialista di riferimento nei casi complessi e può avvalersi di ulteriori competenze specialistiche (es. fisiatra, terapeuta antalgico, neurologo, psichiatra).

► La diagnosi si basa su sintomi caratteristici, specifici criteri e sull'esclusione di altre ipotesi diagnostiche. Le principali patologie rispetto a cui effettuare la diagnosi differenziale sono: artrite reumatoide, lupus sistemico eritematoso, polimialgia reumati-

ca, polimiosite, spondiloartrite, ipo/ipertiroidismo, e neuropatia.

► Gli esami di laboratorio raccomandati dalla letteratura internazionale per una iniziale valutazione sono emocromo con formula e PCR (la fibromialgia non è una condizione infiammatoria).

► Non sono raccomandate indagini strumentali.

► Per la formulazione di una diagnosi di fibromialgia devono essere soddisfatti contemporaneamente 3 criteri:

1. dolore diffuso in specifiche aree e regioni del corpo;
2. presenza di sintomi caratteristici (astenia, sonno non ristoratore, problemi cognitivi, emicrania, dolore/crampi addominali, depressione) che compromettono la vita quotidiana;
3. durata della sintomatologia pari ad almeno 3 mesi.

► Tra i trattamenti non farmacologici è appropriata l'attività fisica a secco e in acqua.

► Tutte le linee guida di riferimento sono concordi nel raccomandare che nella gestione della strategia terapeutica della fibromialgia, la terapia farmacologica venga presa in considerazione nell'ambito di un approccio multidisciplinare, in particolare quando i segni/sintomi non vengono migliorati dalle strategie non farmacologiche.

## ■ UROLOGIA

### Prostatiti e linee guida EAU 2017: quali novità?

**L**e prostatiti raggruppano una significativa quota delle diagnosi maschili: si stima che esse costituiscano la più comune diagnosi urologica nell'uomo al di sotto dei 50 anni e addirittura la terza nei soggetti ultracinquantenni. La classificazione suggerita nel 1999 dal National Institute of Health, suddivide la prostatite in quattro differenti categorie:

- **Categoria I:** prostatite acuta batterica
- **Categoria II:** prostatite cronica batterica
- **Categoria III:** prostatite cronica abatterica/sindrome dolorosa pelvica cronica (CPPS), suddivisa in IIIa (infiammatoria) e IIIb (non infiammatoria), a seconda del livello di leucociti rilevato nei secreti prostatici
- **Categoria IV:** prostatite asintomatica.

I sintomi predominanti, in caso di forme acute, sono il dolore con varie localizzazioni (prostata/perineo: 46%; scroto e/o testicoli: 39%; pene: 6%; vescica urinaria: 6%; zona lombare: 2%); nelle forme acute l'esordio è brusco, il dolore poco localizzato, e spesso si associa a sintomi sistemici quali malessere e febbre. Nelle forme croniche il quadro

sistemico è decisamente meno pronunciato ma i sintomi urogenitali si presentano in maniera molto più prolungata ( $\geq 3$  mesi). Il range di segni e sintomi è ampio e riflette la varietà delle possibili cause (infezioni batteriche, flogosi, danno neurologico): dolore, sintomi urinari, sintomi di disfunzione sessuale sono le principali categorie sintomatologiche che compongono il quadro clinico.

#### ► **Eziologia e terapia**

La presenza di patogeni riguarda circa il 5-10% dei casi e, in questi soggetti, la terapia antibiotica costituisce dunque il cardine della gestione della patologia. Le Enterobacteriaceae, in particolare *E. coli*, sono i ceppi maggiormente rappresentati nelle forme acute (50-80% dei casi). Altri patogeni includono *Klebsiella* e *Proteus*, responsabili rispettivamente del 10% e del 30% dei casi, vari ceppi di *Enterococcus* (5-10% dei casi), bacilli Gram-negativi non fermentanti (*Pseudomonas spp.*, <5% dei casi), alcuni batteri Gram-positivi quali stafilococchi e streptococchi. La scelta dell'antibiotico al momento della diagnosi di sospetto clinico della prostatite acuta batterica e in attesa di una

conferma microbiologica deve basarsi sulla conoscenza dei patogeni maggiormente frequenti nelle prostatiti acute, dei dati di resistenza della zona, delle allergie, pregresse terapie e comorbidità del paziente. Una scelta terapeutica corretta contribuisce a limitare il problema dell'antibiotico resistenza, fenomeno molto diffuso e attuale, che in generale sta assumendo una dimensione maggiore di quanto non fosse in passato, con un preoccupante aumento di isolamento di patogeni produttori di beta lattamasi a largo spettro (ESBL) anche nelle infezioni comunitarie ([www.siu.it/contents/view/450](http://www.siu.it/contents/view/450)). In merito l'edizione 2017 delle linee guida della European Association of Urology (EAU) fornisce indicazioni molto chiare: i fluorochinoloni, quali ciprofloxacina e levofloxacina, sono considerati i farmaci di prima scelta nelle prostatiti batteriche a motivo delle loro favorevoli caratteristiche farmacocinetiche, dell'ottimale profilo di tollerabilità, del loro spettro d'azione nei confronti dei patogeni Gram-negativi. Le raccomandazioni privilegiano l'utilizzo ad alto dosaggio: ciprofloxacina per esempio va somministrata alla posologia di 1000 mg/die, per una durata di trattamento da stabilirsi in base al giudizio clinico nelle forme acute e per un periodo di 4-6 settimane dopo la diagnosi nelle forme croniche (<http://uroweb.org/guideline/urological-infections/>). Maggiore è la concentrazione e migliore sarà la risposta terapeutica.

## ■ RADIOLOGIA DIAGNOSTICO-INTERVENTISTICA

### Trattamento mini-invasivo della fibromatosi uterina

■ **Salvatore Alessio Angileri<sup>1</sup>, Chiara Floridi<sup>1</sup>, Anna Maria Ierardi<sup>1</sup>, Gianpaolo Carrafiello<sup>1,2</sup>**

I fibromi uterini sono i tumori pelvici benigni più frequenti nelle donne in età fertile (20-40%); nascono dal tessuto muscolare dell'utero e possono raggiungere voluminose dimensioni. Circa un quarto delle pazienti con fibroma uterino presentano sintomi clinici che riducono la qualità della vita: cicli mestruali abbondanti e frequenti, perdite ematiche tra un ciclo ed un altro, dolore pelvico e senso di pesantezza, difficoltà nel cominciare e portare a termine una gravidanza. I fibromi uterini possono essere unici o multipli, sono estrogeni dipendenti e possono ingrandirsi durante la gravidanza o con l'utilizzo di pillole contraccettive orali; ridursi invece durante la menopausa. I fibromi possono essere soggetti ad una grande varietà di fenomeni degenerativi, inclusa la degenerazione mixoide, ialina, cistica, emorragica ed adiposa, nonché la calcificazione e la necrosi.

#### ► Diagnostica

La diagnosi viene fatta dal ginecologo durante la visita e confermata da un'indagine ecografica. La risonanza

ASST Santi Paolo Carlo Presidio San Paolo  
Università degli Studi di Milano  
<sup>1</sup>Radiologia Diagnostica ed Interventistica  
<sup>2</sup>Direttore Radiologia Diagnostica ed Interventistica  
Prof. Ordinario di Radiologia  
Università degli Studi di Milano

magnetica rappresenta la metodica più accurata nella conferma della diagnosi clinica e la migliore tecnica di immagine nel determinare il numero dei fibromi, la localizzazione e le dimensioni. I fibromi uterini sono classificati in relazione alla loro posizione nella parete uterina come intramurali (contenute nel miometrio), sottomucosi (proiettano nella cavità endometriale) o sottosierosi (proiettano verso l'esterno della sierosa dell'utero). Conoscere con esattezza la localizzazione ed il numero è importante per indicare il trattamento adeguato.

#### ► Trattamenti

Le opzioni terapeutiche includono le terapie mediche (ormonali e non ormonali), chirurgiche (miomectomia e isterectomia) e non chirurgiche mini-invasive. Il trattamento farmacologico è in molti casi efficace per la cura dei sintomi. Tuttavia nei casi non responsivi a terapia medica in pazienti sintomatiche, il ginecologo pone indicazione al trattamento chirurgico, in certi casi anche con l'isterectomia, o non chirurgico mini-invasivo. Questi ultimi sono ben tollerati e non precludono il trattamento chirurgico in caso di inefficacia del trattamento.

### *L'approccio della radiologia interventistica*

I trattamenti della radiologia interventistica comprendono tecniche non chirurgiche mini-invasive indirizzate a tutte le donne che vogliono preservare l'utero. Queste tecniche comprendono l'approccio endovascolare mediante embolizzazione o l'approccio percutaneo con tecniche ablativo. Il primo trattamento è rivolto alla fibromatosi multipla (plurimi fibromi dominanti) mentre il secondo nei casi di pochi fibromi dominanti.

#### ► Embolizzazione

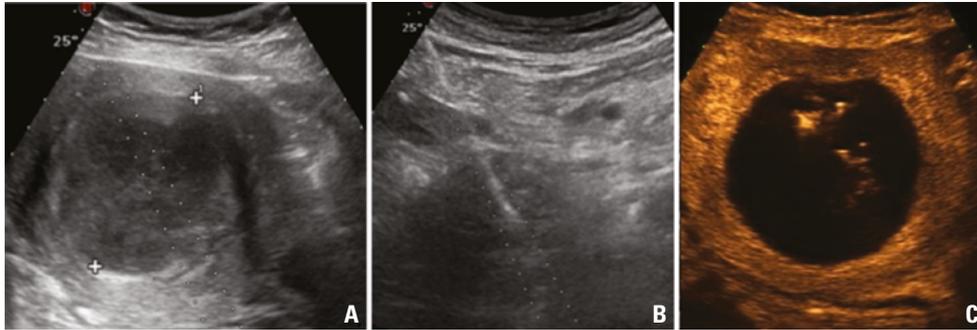
L'embolizzazione delle arterie uterine (UAE) prevede l'occlusione delle afferenze vascolari ai fibromi singoli o multipli; di conseguenza la mancata "alimentazione" di questi ne determina una riduzione di dimensioni ed un miglioramento dei sintomi. Il trattamento non richiede l'anestesia generale, seppur prevede una gestione del dolore intra- e post-procedurale potendo questo diventare intenso nelle prime 24 h a causa dei fenomeni ischemici. La procedura viene svolta in regime di ricovero per un totale di circa 2-3 giorni.

#### ► Ablazione

Le procedure di ablazione mediante l'applicazione di energia termica determinano la necrosi coagulativa del fibroma con conseguente riduzione di volume dello stesso, peraltro è possibile anche trattare più fibromi nella stessa seduta. Attualmente esistono diverse tecniche ablativo divise in base all'energia utilizzata per il trattamento: ra-

**Figura 1**

## Ecografia sovrapubica: planning e trattamento



*A, B, C: l'ecografia sovrapubica mostra il fibroma uterino ed il planning del trattamento. (A); Immagine ecografica mostra il corretto posizionamento dell'antenna al centro del fibroma (B); L'esame ecografico con il contrasto (CEUS) mostra la devascularizzazione della porzione centrale di ablazione*

di frequenza (RFA), microonde (MW), ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU). Le procedure che utilizzano RF e MW comportano l'inserimento di un ago elettrodo/antenna attraverso la cute direttamente nel tessuto bersaglio nella maggior parte dei casi sotto guida ecografica. Dopo aver confermato la posizione corretta dell'ago l'energia viene erogata in base all'algoritmo raccomandato per l'ablazione del tessuto ed il diametro complessivo del fibroma. La procedura non determina importante dolore dopo il trattamento e la paziente è generalmente dimissibile il giorno dopo la procedura. L'HIFU può essere guidato dalla risonanza magnetica (MR) o dagli ultrasuoni, è una tecnica di ablazione termica non invasiva promettente e non prevede l'utilizzo di aghi o bisturi. Indipendentemente dalla modalità di imaging questa tecnica viene utilizzata per fibromi di dimensioni contenute ed in pazienti selezionati.

### ► Complicanze

Per il trattamento di embolizzazione le complicanze maggiori come quelle che richiedono ulteriori interventi e/o

ospedalizzazione (e.s. sanguinamenti, perforazioni) sono molto rare. Le complicanze comuni riportate sono perdite ematiche e febbre (4%), insuccesso tecnico (4%) e sindrome post-embolizzazione (3%). L'amenorrea è riportata in  $\pm$  il 4%. Per il trattamento ablativo dei fibromi, non sono state osservate complicazioni maggiori. Sono stati segnalati solo dolore in sede pelvica, sporadiche e scarse perdite ematiche e microframmenti di tessuti necrotici dalla vagina.

### ► Follow-up

Il follow-up clinico strumentale viene eseguito con un esame clinico ed ecografico a circa 1 mese dal trattamento e con risonanza magnetica a 6 mesi ed 1 anno dallo stesso.

### ► Conclusioni

Sudette procedure mini-invasive vengono consigliate alla paziente dal ginecologo e vengono eseguite nel reparto di radiologia Interventistica. Il reparto di Ginecologia dell'Ospedale San Paolo di Milano, diretto dalla

Prof.ssa Anna Maria Marconi, collabora con la Radiologia dello stesso, diretta dal Prof. Gianpaolo Carrafiello. Questa collaborazione ha portato ad affinare le metodiche di diagnosi e di trattamento di questa patologia. In particolare, sempre più si sta optando per le procedure ablativo percutanee, essendo l'équipe di Radiologi Interventisti di questo ospedale altamente specializzata in tale campo ed avendo dimostrato la buona compliance delle pazienti nell'accettare questo tipo di procedura. I risultati dimostrati da pubblicazioni su riviste scientifiche sono ottimi e sono inoltre accompagnati da un tasso di complicanze e di recidive inferiore all'1%.

### Per informazioni

salvatore.angileri@asst-santipaolocarlo.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Salvatore A. Angileri e di Chiara Floridi

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

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

## Lunedì

Mi hanno appena comunicato che Daniela è deceduta. Ero stato chiamato a casa l'altro giorno di sera perché si lamentava di dolori all'addome. Quando sono arrivato era dispnoica, agitata e aveva freddo. Era in grave insufficienza respiratoria. La figlia mi aiutava a sorreggerla finché la visitavo e mi sono subito reso conto che la situazione non era gestibile a domicilio e ho chiamato il 118. Nei lunghi minuti di attesa aiutavo la figlia a cambiarle il pannolone, a lavarla e a sostituire la biancheria imbrattata di feci. Pensavo a quanto bella era da giovane, guardavo la figlia accudire la madre con rispetto e amore, ricordavo tutti i nostri precedenti incontri. Il passato si rivelava con tutto il suo peso, stavo prendendomi cura di tutta una storia. L'ambulanza è entrata nel cortile di casa piena di luci, il medico e gli infermieri portavano una divisa che faceva pensare ai *ghostbusters*, ho provato a interfacciarmi con il collega che fingeva di ascoltarmi mentre a passi spediti entrava in casa, ma mi sono reso subito conto che un medico con il cappotto e una borsa di pelle non poteva interloquire con uno staff che sembrava uscito da un'astronave. Uno staff formato per intervenire d'urgenza sulle funzioni vitali di un corpo che deve arrivare vivo in pronto soccorso. Due mondi medici che non ammettono valori comuni. La storia di una vita, i frequenti ripetuti incontri che caratterizzano la continuità della cura, la conoscenza, l'affetto e i rapporti con la famiglia poco hanno a che fare con la medicina dell'emergenza, della precisione e dei dati.

## Martedì

*The Guardian* (3.1.2018), l'autorevole quotidiano inglese descrive una vera emergenza sanitaria. Gli ospedali del Regno Unito non sono in grado di far fronte alla epidemia di influenza e il NHS si trova in estrema difficoltà. Tutti gli interventi programmati procrastinabili sono stati rinviati e sono state attivate tutte le procedure di emergenza. Il sistema sanitario inglese, già fallimentare dal punto di vista economico, mostra tutta la sua fragilità e inefficienza. Una patologia da *primary care* ha messo in ginocchio tutto il sistema. E le cure primarie? La medicina generale è stata riprogrammata per l'assistenza e la cura dei malati cronici è sottoposta a protocolli diagnostici e terapeutici, riceve per appuntamento, è una disciplina amministrata e burocratizzata. Il paziente con l'influenza si rivolge al pronto soccorso e il sistema salta. Mi ricorda qualcosa che sta avvenendo nel nostro Paese.

## Mercoledì

I medici del Veneto hanno ricevuto una email con oggetto un Decreto Regionale datato 2 gennaio 2018 a firma del Direttore vicario della Direzione Programmazione Sanitaria. Il DDR regionale si riferisce ad "Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di Risonanza Magnetica articolare nei soggetti di età maggiore di 65 anni: individuazione di criticità e Linee di indirizzo di prescrizione".

Il provvedimento regionale recepisce un documento prodotto da un gruppo di lavoro composto da figure professionali del SSR operanti nell'ambito della diagnostica e del trattamento della patologia articolare muscolo-scheletrica. Il documento riporta indicazioni e non indicazioni alla risonanza magnetica del rachide lombare, della spalla e del ginocchio. Le indicazioni del DDR sono rivolte a perseguire l'appropriatezza prescrittiva e il contenimento della spesa e appaiono ad ogni addetto ai lavori più che corrette. Ma ad ogni addetto ai lavori dovrebbero apparire evidenti almeno altri tre aspetti: il primo riguarda la evidente incapacità dei medici di governare la diagnostica, sono troppi ormai fattori che interferiscono sulle decisioni: i media, l'offerta tecnologica, la richiesta dei pazienti, la gestione plurispecialistica ecc. Il secondo riguarda il fatto che le linee di appropriatezza prescrittiva riportate nel decreto definiscono un confine di applicazione, 65 anni, che discrimina una parte della popolazione. Il terzo mostra come un iter diagnostico possa essere stabilito da un Decreto regionale confermando ancora una volta come l'autonomia e l'indipendenza della professione medica siano in pericolo in un sistema ormai di "medicina amministrata".

Il pensiero corre verso tempi bui.

## Giovedì

Nell'insero Salute del *Corriere delle Sera* di domenica 14 gennaio 2018 compare un evidente richiamo pubblicitario promosso da *Diabete News* dal titolo "Hai il diabete? C'è una buona notizia per te. Chiedi al tuo diabetologo". L'insero è patrocinato da Lilly, Società Italiana di Diabetologia (SID) e Associazione Medici Diabetologi (AMD). L'annuncio invita ad andare sul sito [www.novitadiabete.it](http://www.novitadiabete.it) dove si può trovare il centro diabetologico più vicino. La Medicina Generale italiana, unica al mondo cui è proibito curare il

diabete per legge, tace, ai margini del mondo medico, degradata, senza un pizzico di dignità.

## Venerdì

La Medicina Generale è la specialità delle malattie frequenti. Malattie frequenti che non sempre sono le più semplici da gestire, ma che non devono richiedere un intervento di secondo livello se non nel caso siano necessarie tecnologie costose o manovre specialistiche che non possono essere espletate in un ambulatorio. Questo avviene in tutto il mondo. L'ipotiroidismo, proprio per questo, rientra tra le patologie che tipicamente rientrano nel campo di azione della Medicina Generale. Il decreto della Regione Veneto (12.1.2018) approva il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) elaborato dalla Rete Endocrinologica Veneta per la diagnosi e cura dell'ipotiroidismo nell'adulto. Nel decreto si legge che "il PDTA è uno strumento di governo clinico che consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree di azione (territorio, ospedale) sono coinvolte nella presa in cura del cittadino". Il PDTA identifica il medico di medicina generale come il primo elemento coinvolto nella "identificazione" della patologia endocrina e prevede tre livelli di specialisti in endocrinologia: il primo a livello territoriale, il secondo a livello ospedaliero e il terzo a livello ospedaliero con un laboratorio di diagnostica avanzata. Perché un PDTA per l'ipotiroidismo? Il DRG è chiarissimo: "Per l'elevata prevalenza di questa condizione nella Regione Veneto", appunto proprio perché è una malattia frequente.

- "Dottore è normale avere ancora desiderio sessuale a settanta anni? Mi vergogno, ma le devo chiedere di darmi un'occhiata alle parti intime, ho paura che mi sia rimasto dentro un pezzo di vibratore".

# Nuovi anticoagulanti orali: questioni aperte e problemi pratici

I NOAC rappresentano un'importante risorsa nella prevenzione del rischio cardioembolico conseguente a fibrillazione atriale non valvolare. Alla luce di trial clinici di grandi dimensioni si sono dimostrati generalmente più efficaci e più sicuri rispetto agli anticoagulanti antagonisti della vitamina K. Vi sono tuttavia alcune questioni ancora oggetto di confronto

**Antonio Ferrero** - SC Cardiologia ASLT05

**Tecla Marchese** - Clinical Investigator SC Malattie metaboliche, ASLT05

La prevalenza della fibrillazione atriale (FA) in Europa si colloca tra 1.8%-2.5% e incrementa con l'età: 5% >66 anni; 9% >75anni; 12% >85 rendendola la più comune aritmia.

La FA aumenta di 5 volte il rischio di ictus, indipendentemente che si tratti di una FA parossistica o persistente, e l'ictus cardioembolico è associato ad un tasso di mortalità a 30 giorni del 25% e a 1 anno del 50%.

Fino a pochi anni fa l'unica terapia in grado di ridurre l'incidenza di stroke nei pazienti in FA era quella con anticoagulanti antagonisti della vitamina K (AVK). Il beneficio e il rischio di questo trattamento è ben rappresentato dalla valutazione del number needed to treat (NNT) e dal number needed to harm (NNH) che mostrano come la terapia con AVK sia in grado di evitare uno stroke ogni 25 pazienti trattati e di evitare un decesso ogni 42, a prezzo di un sanguinamento di qualsiasi tipo ogni 25 pazienti trattati e di un'emorragia intracranica ogni 384.

La terapia con AVK è però gravata

da alcuni limiti che finiscono per limitarne la prescrizione e l'impiego da parte dei pazienti. Sono infatti noti: l'imprevedibilità della risposta, il ristretto range terapeutico, la lenta insorgenza e cessazione dell'effetto, la necessità di un monitoraggio della coagulazione e di frequenti aggiustamenti del dosaggio, le interazioni con cibo e farmaci; per queste ragioni solo il 33-45% dei pazienti eleggibili a TAO, secondo le Linee Guida e il CHAD2Vasc Score, vengono posti in terapia.

Per tali ragioni la ricerca farmacologica si è indirizzata verso l'individuazione di farmaci alternativi in grado di ottenere quanto meno gli stessi risultati degli AVK, ma con maggiore sicurezza e praticità per il paziente.

Al momento sono disponibili quattro molecole di inibitori diretti della trombina o del suo precursore, il fattore X attivato: tali farmaci vengono comunemente definiti NOAC (New Oral Anticoagulants). Il loro livello di azione all'interno della cascata coagulativa è illustrato in *figura 1*.

## ► Evidenze dagli studi

I NOAC sono stati valutati in quattro trial di ampie dimensioni e le linee guida europee li pongono come farmaci di prima scelta nei pazienti con FA non associata a stenosi mitralica moderata o severa o portatori di protesi valvolare meccanica.

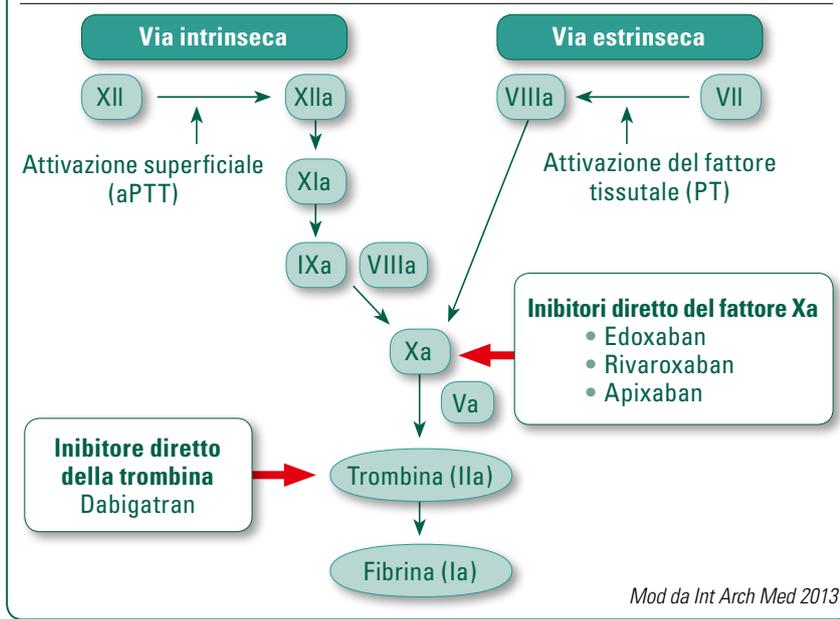
In estrema sintesi gli studi clinici hanno evidenziato quanto segue.

### ► *Dabigatran*

Valutato nello studio RE-LY è risultato non inferiore al warfarin al dosaggio di 110 mg bid e superiore al warfarin al dosaggio di 150 mg bid (RR 1.14 % NNT 167/y) nel ridurre l'incidenza di eventi tromboembolici e stroke nei pazienti con FA non valvolare (FANV); nessuna differenza significativa nei sanguinamenti maggiori, nessuna differenza significativa di mortalità totale. In una sottoanalisi di pazienti con età >75 anni, dabigatran, al dosaggio di 150 mg bid, ha comportato un rischio emorragico superiore a quello del warfarin (5.10 vs.

Figura 1

**Anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K disponibili (NOAC)**



4.37% all'anno,  $p < 0.001$ ), mentre al dosaggio di 110 mg bid il rischio emorragico è risultato sovrapponibile tra i due farmaci (4.43 vs 4.37% all'anno ( $p < 0.001$ )). Gli stessi dati sono stati confermati in un'analisi post-hoc nella popolazione molto anziana ("very elderly") ovvero gli ultraottantenni, al dosaggio di 110 mg bid.

► **Rivaroxaban**

Valutato nello studio ROCKET-AF (20 mg/die) si è dimostrato non inferiore al warfarin per l'endpoint primario (stroke ed embolia sistemica). Non si è registrata alcuna riduzione significativa della mortalità (2.21 vs 1.87%) dello stroke ischemico, ma una significativa riduzione dei sanguinamenti fatali e cerebrali. Rivaroxaban si è dimostrato particolarmente maneggevole e sicuro nei pazienti affetti da insufficienza renale moderata (clearance della creatinina

30-49 ml/min), in cui il dosaggio era ridotto a 15 mg/die.

► **Apixaban**

Studiato in due trial randomizzati, AVERROES (vs aspirina-ASA) e ARISTOTLE (vs warfarin); dosaggio 5 mg bid. Lo studio AVERROES è stato sospeso precocemente per evidenza della superiorità di apixaban sull'ASA ai vari dosaggi, con una frequenza di emorragie maggiori e in particolare intracraniche, simili a quelle dell'ASA. Nello studio ARISTOTLE in confronto con warfarin, apixaban ha ridotto l'ictus e l'embolia sistemica del 21% ( $p < 0.001$ ), i sanguinamenti del 31% ( $p < 0.001$ ) e la mortalità dell'11% ( $p < 0.047$ ). Negli ultraottantenni è stato utilizzato nel trial un dosaggio ridotto di apixaban (2.5 mg bid).

► **Edoxaban**

Valutato nello studio ENGAGE AF TIMI 48: condotto con due do-

saggi 60 mg (riducibile a 30 mg se età  $> 80$  anni, GFR  $< 50$  o peso  $< 60$  kg) e 30 mg (riducibile a 15 mg) die. Lo studio condotto su 21.105 pazienti seguiti per circa tre anni ha evidenziato una riduzione significativa dei sanguinamenti maggiori rispetto a warfarin (in particolare con dosaggio 30 mg). L'incidenza di ictus annuale è stata 1.18% nei pazienti trattati con 60 mg/die di edoxaban vs 1.5% nel gruppo trattato con warfarin e 1.61% nel gruppo edoxaban a basso dosaggio (30 mg/die).

L'endpoint composto di ictus, embolia sistemica, o morte cardiaca, è stato 4.43% con warfarin contro il 3.85% con edoxaban 60 mg e 4.23% con edoxaban 30 mg.

I risultati dei trial ci permettono quindi di concludere che i NOAC sono globalmente più efficaci nel prevenire l'ictus e più sicuri nell'evitare le emorragie pur con alcune differenze tra le quattro molecole e i relativi dosaggi.

► **Questioni aperte**

Rimangono tuttavia alcune questioni aperte.

► **Quale NOAC preferire a seconda delle circostanze**

Non essendo disponibili trial di confronto diretti fra le molecole è possibile solamente estrapolare alcuni suggerimenti basati sull'analisi dei trial, sulle caratteristiche dei pazienti e sui risultati ottenuti nei vari sottogruppi.

Riportiamo di seguito una interessante tabella riassuntiva, tratta da un lavoro di Schaefer e McBane che definisce alcune raccomandazioni.

**Tabella 1**

**Situazioni cliniche e uso di anticoagulanti orali diretti**

Situazione clinica	Prima scelta	Seconda scelta	Da evitare
Alto rischio tromboembolico e basso rischio di sanguinamento	Dabigatran 150 mg	Apixaban, edoxaban 60 mg, rivaroxaban, dabigatran 110 mg	Edoxaban 30 mg
Basso rischio tromboembolico ed elevato rischio di sanguinamento	Edoxaban 30 mg Apixaban	Edoxaban 60 mg Dabigatran 110 mg	Dabigatran 150 mg Rivaroxaban
Moderato rischio tromboembolico e di sanguinamento	Apixaban Edoxaban 60 mg Dabigatran 110 mg	Rivaroxaban Dabigatran 150 mg	Edoxaban 30 mg
Alto rischio tromboembolico e di sanguinamento	Apixaban	Rivaroxaban Edoxaban 60 mg Dabigatran 150 mg	Edoxaban 30 mg
Problemi di compliance	Edoxaban 60 mg Rivaroxaban <sup>a</sup>	Edoxaban 30 mg	Dabigatran o apixaban
Moderata disfunzione renale <sup>b</sup>	Apixaban	Rivaroxaban Dabigatran 110 mg Edoxaban 60 o 30 mg	Dabigatran 150 mg

<sup>a</sup>Sebbene le istruzioni sul dosaggio raccomandino l'assunzione di rivaroxaban con la cena, in realtà ciò significa che deve essere assunto con il cibo al mattino o alla sera

<sup>b</sup>Fino a quando non saranno disponibili dati di sicurezza pubblicati per gli stadi CKD 4 o 5 non vi sono raccomandazioni per il loro uso

Mod da Ann Hematol 2016; 95: 437-49

► **Differenze di assorbimento e metabolismo**

I punti più rilevanti sono:

- la quota di eliminazione renale/epatica (dabigatran 80%/20%; rivaroxaban 35%/65%; apixaban 27%/73%; edoxaban 50%/50%);
- l'insorgenza di effetti collaterali che compromettono l'aderenza terapeutica (per esempio l'epigastria per dabigatran);
- la necessità di assunzione con il cibo per incrementare l'assorbimento (come nel caso del rivaroxaban).

► **Gestione della terapia in periodo perioperatorio**

Tale valutazione deve tenere conto della funzione renale che condiziona la durata dell'effetto anticoagulante e del rischio emorragico dell'intervento, che deve essere definito ed esplicitato dagli operatori (chirurgo, odontoiatra, ortopedico, ecc).

In genere, comunque, la sospensione varia dalle 24 alle 48 ore precedenti l'intervento (*tabella 2*), con ripresa a 12-24 ore dopo, a seconda dell'emostasi;

non è necessaria bridge therapy con eparina a basso peso molecolare.

► **Gestione della terapia in caso di sanguinamento o intervento urgente**

Attualmente è disponibile un antidoto per dabigatran (idarucizumab), mentre sono in avanzata via di valutazione due antidoti per gli inibitori del fattore Xa (andexanet, aripazine). In ogni caso, la breve emivita dei NOAC permette il ripristino dell'assetto coagulativo nell'arco di poche ore dalla loro sospensione. Altri provvedimenti terapeutici che possono essere intrapresi sono: la limitazione dell'assorbimento a livello intestinale con la somministrazione tempestiva di carbone vegetale attivo, l'incremento dell'eliminazione tramite emodialisi, la somministrazione di emoderivati (concentrati eritrocitari, plasma fresco congelato, piastrine), l'utilizzo di concentrati del complesso protrombinico (PCC) o di PCC attivati (FEIBA) quando il rischio emorragico è elevato e l'intervento non può essere procrastinato, la somministrazione di fattore VII attivato ricombinante.

► **Interazioni farmacologiche**

Sono legate essenzialmente all'interazione di alcuni farmaci con la glicoproteina P (trasportatore intestinale che regola il loro assorbimento) e il citocromo CYP3A4 che ne regola il metabolismo e l'eliminazione. Gli induttori di questi due sistemi riducono la concentrazione e l'attività dei NOAC, mentre gli inibitori (tra cui anche le statine) svolgono l'azione opposta.

Tabella 2

**NOAC: terapia in periodo perioperatorio**

		Ultima assunzione prima dell'intervento chirurgico					
		Rischio	CrCl ≥80 mL/min	CrCl 50-80 mL/min	CrCl 30-50 mL/min	CrCl 15-30 mL/min	CrCl <15 mL/min
Dabigatran	La sospensione varia dalle 24 alle 48 ore precedenti l'intervento, con ripresa a 12-24 ore dopo, a seconda dell'emostasi	Basso rischio	≥24 h	≥ <b>36 h</b>	≥ <b>48 h</b>	Non indicato	Non ufficiali indicazioni all'uso
		Alto rischio	≥48 h	≥ <b>72 h</b>	≥ <b>96 h</b>	Non indicato	Non ufficiali indicazioni all'uso
Apixaban Edoxaban Rivaroxaban		Basso rischio	≥24 h	≥24 h	≥24 h	≥ <b>36 h</b>	Non ufficiali indicazioni all'uso
		Alto rischio	≥48 h	≥48 h	≥48 h	≥ <b>48 h</b>	Non ufficiali indicazioni all'uso

CrCl: clearance della creatinina

Basso rischio: bassa frequenza di sanguinamento e/o minor impatto di sanguinamento

Alto rischio: alta frequenza di sanguinamento e/o impatto clinico importante

Mod da Europace 2015; 17(10):1467-507

► **Conclusioni**

I NOAC rappresentano un'importante risorsa nella prevenzione del rischio cardioembolico conseguente a FANV. Alla luce di trial clinici di grandi dimensioni si sono dimostrati generalmente più effi-

caci e più sicuri rispetto agli AVK. Rimangono ancora alcune questioni aperte quali: i costi, l'impegno in condizioni particolari (paziente che necessiti anche di terapia antiaggregante), il monitoraggio dell'effetto anticoagulante, la gestione delle complicanze

o delle condizioni a rischio emorragico, l'efficacia e la sicurezza nel grande anziano.

A questi e ad altri problemi, la ricerca scientifica e l'esperienza nella pratica reale, potranno in futuro portare contributi importanti.

**Bibliografia**

- Avezum A et al. Apixaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and valvular disease: findings from the ARISTOTLE trial. *Circulation* 2015; 132: 624-32.
- Breithardt G, Baumgartner H, Berkowitz SD et al. Clinical characteristics and outcomes with rivaroxaban vs. warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation but underlying native mitral and aortic valve disease participating in the ROCKET AF. *Eur Heart J* 2014; 35(47): 3377-85.
- Ezekowitz MD, Parise H, Nagarakanti R et al. Comparison of dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation and valvular heart disease: The RE-LY Trial. ACC 2014 Abs. *J Am Coll Cardiol* 2014; suppl; 1109-115.
- Heidbuchel H et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *EP Europace* 2015; 17: 1467-1507.
- January CT et al. 2014 AHA/ACC/HR, guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64: 2246-80.
- Lloyd-Jones DM et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2004; 110: 1042-46.
- Stamler BS. A new era of stroke prevention in atrial fibrillation: comparing a new generation of oral anticoagulants with warfarin. *Int Arch Med* 2013; 31; 6: 46.
- Stewart S et al. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. *Heart* 2001; 86: 516-21.
- Trikha R, Kowey PR. Practical considerations for the nonvitamin K antagonist oral anticoagulants. *Cardiology* 2017; 136: 115-24.
- Heidbuchel H et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *EP Europace* 2015; 17: 1467-1507.

# Bevande alcoliche e rischio cardiovascolare

Dall'effetto protettivo dell'alcol etilico nei confronti della aterosclerosi alle più recenti acquisizioni sui danni causati da un abuso alcolico: l'articolo che segue fornisce una panoramica completa sul tema

**Nicola Di Pierno**

*Medicina generale USL FG/03 - Specialista in Patologia Clinica*

## ► Effetti benefici dell'etanolo sull'apparato CV

Da tempo è stato osservato come l'alcol etilico contenuto nel vino, nella birra, nei liquori se assunto in dosi lievi o moderate (da 1 a 3 unità alcoliche/die) dimostra un effetto protettivo nei confronti della aterosclerosi. Le unità alcoliche possono essere anche espresse in grammi, meglio comprensibili, così un bicchiere di vino contiene 10 g di etanolo equivalente ad una unità alcolica; 10 g sono contenuti anche in un bicchierino di whisky, in metà bicchiere di cognac, in una lattina di birra o birra media, in un calice di champagne. L'effetto protettivo di 1-3 unità alcoliche/die si è dimostrata capace di ridurre in prevenzione primaria l'infarto del miocardio acuto come pure un reinfarto in prevenzione secondaria.

Al contrario un aumento del numero di unità alcoliche assunte come nei bevitori induce un deciso incremento di coronaropatia aterosclerotica. L'assunzione giornaliera di 1-2 unità al giorno di alcol induce per l'effetto protettivo contro l'aterosclerosi una riduzione

ne della mortalità per ictus ischemico; al contrario l'assunzione di dosi di alcol etilico superiori a quelle moderate comporta un incremento proporzionale del rischio di Tia, Rind, ictus ischemico. Anche l'ictus emorragico da indagini epidemiologiche condotte hanno rivelato come nei forti bevitori che assumono almeno 5 unità di alcol al giorno l'incidenza di ictus è 4 volte superiore rispetto a non bevitori.

## ► Effetti biochimici

Indagini biochimiche sulla funzione benefica delle bevande alcoliche hanno permesso di definire gli effetti protettivi nei confronti della aterosclerosi e della cardiopatia ischemica in particolare, come è risultato dalle numerose indagini epidemiologiche. Sono stati rilevati una serie di effetti biochimici: tra questi l'effetto protettivo di composti antiossidanti contenuti nelle bevande alcoliche e particolarmente studiati sono stati il gruppo chimico dei polifenoli contenuti nel vino rosso come il resveratrolo. Tale composto si è dimostrato capace di bloccare i

radicali liberi determinano così sia una ridotta formazione di LDL ossidate notoriamente proaterogene sia di preservare l'integrità anatomico-funzionale dell'endotelio minacciata proprio dai radicali liberi. Questi ultimi, inducendo una disfunzione endoteliale promuovono una aumentata sintesi di composti endoteliali vasocostrittori come endoteline, trombassano A2 con associata ridotta sintesi di NO2 e di PGI2 con conseguente ipertono arterioso e aumentata adesività alle cellule vasali e aggregazione piastrinica, quindi stimolo della trombogenesi.

Sempre per effetto della disfunzione endoteliale si determina una riduzione della fibrinolisi per aumentata sintesi dei fattori PAI (inibitori degli attivatori del plasminogeno) e ridotta sintesi del t-PA (attivatore tissutale del plasminogeno). In definitiva l'effetto anti radicali liberi consente alle cellule endoteliali di mantenere il loro potere vasodilatante, antitrombogenico e fibrinolitico.

Altro importante effetto delle bevande alcoliche in dosi non eccessive è quello di aumentare la sintesi di C-HDL (*tabella 1*).

Tabella 1

### Effetti protettivi delle bevande alcoliche sull'apparato cardiovascolare

- Riduzione delle LDL ossidate
- Aumento delle HDL
- Stimolo alla vasodilatazione
- Effetto antitrombotico
- Stimolo della fibrinolisi (att. t-PA, inib. PAI-1)

Al contrario l'abuso alcolico da intendere come assunzione di più di 3 unità di alcol/die per abuso prolungato causa una tipica dislipidemia alcolica che si presenta con i caratteri della dislipidemia di tipo IV con incremento anche considerevole della trigliceridemia (VLDL +/VLDL++) associati ad HDL normali o poco ridotte (HDL-), LDL normali o poco ridotte (LDL-). Rapporto Col/Tg : 0,2-: 1,0. La genesi di tale tipo di dislipidemia è l'aumentata produzione di trigliceridi e quindi di VLDL per ridotta beta-ossidazione dei Nefa (acidi grassi saturi e insaturi) circolanti nei mitocondri a seguito di inibizione del ciclo di Krebs con conseguente aumento dei Nefa nel siero; partecipa a tale incremento l'inibizione alcol indotta della lipoprotein-lipasi.

Di rado l'abuso alcolico induce un'iperlipidemia del tipo II contraddistinta da un incremento (+) della trigliceridemia e delle VLDL con incremento del colesterolo totale e delle LDL (+), un HDL normale o ridotto (-) con rapporto Col/Tg compreso tra 1.0 e 2.7. Raramente l'abuso alcolico può dare origine ad un tipo di iperlipidemia di tipo V, che è contraddistinta da un'ipertrigliceridemia e

marcato incremento delle VLDL (++) , colesterolo totale normale o aumentato (+), LDL normale o ridotto (-), HDL poco ridotte (-) con rapporto Col/Tg >0.4.

### ► Effetti sulla pressione arteriosa

L'assunzione prolungata con le bevande alcoliche di 40 g di alcol etilico o più (consumo di 4 drink o più di cognac, wisky, vino, ecc) determina un incremento dei valori di pressione arteriosa. Tale aumento dimostra un rapporto lineare per cui quanto più forte è l'abuso alcolico tanto più elevati risulteranno i valori di PA.

È stato dimostrato come l'aumento dei valori di PA risulti essere un fattore indipendente nell'indurre ipertensione arteriosa rispetto ad altri fattori ipertensivi come fumo, obesità, stress psico-fisico, assunzione di sodio, ecc. L'alcol etilico poi è risultato un fattore chimico che promuove una resistenza ai farmaci antipertensivi.

Altro importante rilievo clinico è quello di forti bevitori ipertesi che dopo sostituzione di bevande alcoliche normalmente assunte con altre a più basso contenuto di alcol etilico dimostrano una riduzione dei valori di PA nell'arco di poche settimane. Per ridurre il rischio CV in soggetti con ipertensione arteriosa è indicata negli uomini l'assunzione di non più di 20-30 g di alcol etilico/die nei maschi e non superiore a 10-20 g/die nelle donne. Ancora meglio i valori di PA si riducono allorché si realizza la completa abolizione delle bevande alcoliche.

Per consumi elevati di bevande alcoliche è stato dimostrato un rischio elevato di ictus emorragici, in tal caso l'ipertensione arteriosa

svolge un ruolo patogenetico determinante. L'alcol etilico aumenta i valori di PA tramite meccanismi tra loro embricati: stimolo del sistema simpatico, attivazione del sistema renina angiotensina con conseguenti effetti ipertensivi della angiotensina II in eccesso (tabella 2).

La dislipidemia alcolica inducendo disfunzione endoteliale è un fattore associato di ipertensione arteriosa in quanto comporta una riduzione della sintesi e liberazione di NO<sub>2</sub> e conseguente minore vasodilatazione arteriosa versus la vasocostrizione arteriosa promossa dall'ipertono simpatico e dalla angiotensina II in eccesso.

Sia l'ipertensione arteriosa sia l'associata dislipidemia alcolica con la conseguente aterosclerosi rendono conto dell'elevato rischio CV promosso dall'abuso alcolico e questo giustifica l'aumentata incidenza di cardiopatia ischemica e ictus cerebrale negli alcolisti. L'associazione di altri fattori di rischio CV (diabete, fumo, obesità, ecc), moltiplicano il rischio di comparsa di eventi dannosi.

La dieta mediterranea, che prevede l'assunzione giornaliera media

Tabella 2

### Effetti noti dell'angiotensina II

- Stimolo della secrezione di aldosterone dal surrene
- Vasocostrizione arteriolare
- Aumentato riassorbimento di acqua e sodio dai tubuli renali prossimali
- Ipertono simpatico centrale
- Stimolo della sete
- Rimodellamento vascolare

di 13 g di alcol etilico/die è stata ritenuta protettiva in quanto associata a una minore incidenza di cardiopatia ischemica e ictus cerebrale rispetto a regime dietetico a elevato introito alcolico. Nei diabetici per evitare l'effetto iperglicemizzante delle bevande alcoliche è permesso l'assunzione di non più di un bicchiere di vino ai pasti principali mentre è controindicata l'assunzione di vino o bevande alcoliche a digiuno per il rischio di ipoglicemia.

### ► **Cardiomiopatia alcolica**

Forti bevitori (assunzione di una dose di alcol etilico >80 g/die) per un periodo almeno di 10 anni conduce, pur con differente suscettibilità individuale, alla comparsa di un danno del miocardio che si presenta come una cardiopatia dilatativa progressiva la cardiomiopatia alcolica. Alla base di tale

grave complicanza gli effetti tossici dell'alcol etilico sul miocardio. Circa la patogenesi in animali di laboratorio in vitro è stato osservato come somministrazioni acute di alcol etilico tramite la produzione di acetaldeide riduca la sintesi delle proteine contrattili del miocardio, mentre la cronica assunzione di alcol induca una alterazione delle fibre muscolari.

L'ingestione acuta di forti dosi di alcol etilico in etilisti espone, in assenza di una concomitante cardiopatia, a un rischio elevato di gravi aritmie soprattutto di fibrillazione atriale ad elevata frequenza ventricolare oppure con minore frequenza di tachicardie ventricolari che possono essere fatali.

In forti bevitori abituali, assumenti 6 o più unità alcoliche/die sono segnalate per un effetto tossico dell'alcol etilico sul cuore vari tipi di aritmie; in questa condizione di assunzione cronica di alcol etilico

il rischio proaritmico si è rivelato dose- indipendente. All'uopo le manifestazioni aritmiche rilevate in questa condizione sono risultate: fibrillazione atriale, flutter atriale, tachicardia sinusale, extrasistoli atriali la cui incidenza è risultata doppia rispetto ai non bevitori. Fattori associati con effetto proaritmico sono risultati l'ipertono simpatico, turbe elettrolitiche, in intervallo Q-T allungato a sua volta favorente tachicardia ventricolare del tipo "torsione di punta".

Da segnalare in soggetti che non sono presentano cardiomiopatia alcolica fenomeni aritmici per assunzione di forti ingestioni di bevande alcoliche in corso di "social drinking". La patogenesi di tali fenomeni risulta difficile ed incerta.

Bibliografia disponibile a richiesta



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

Nata nel 2009, si è rinnovata con:

- 1 canale generalista** (ad aggiornamento settimanale)
- 12 canali specialistici** (ad aggiornamento mensile)



# Innovazione nelle malattie neurologiche

“Non c'è muscolo senza cervello” è stato il tema conduttore della Settimana Mondiale del Cervello 2018, promossa dalla Società Italiana di Neurologia.

In questa occasione i più accreditati referenti italiani hanno illustrato le innovazioni in campo diagnostico e terapeutico, di cui riportiamo una sintesi

## ► Sclerosi multipla

Una novità di cui tenere conto è l'efficacia della terapia antiCD20 nel controllare la progressione di malattia. Gli antiCD20 sono in grado di eliminare i linfociti B, ossia quelli che producono gli anticorpi che causano la SM. Inoltre, oggi si hanno a disposizione anticorpi monoclonali completamente umanizzati, come ocrelizumab, approvati dall'EMA per la forma recidivante remittente ma anche per la forma primaria progressiva attiva; tali farmaci sono stati recentemente sottoposti alla attenzione di AIFA e saranno verosimilmente a disposizione dei pazienti italiani nella seconda metà del 2018 (*Gianluigi Mancardi, Presidente SIN - Direttore Clinica Neurologica dell'Università di Genova*).

## ► Orologio biologico e sonno

I disturbi del sonno colpiscono circa 13 milioni di italiani. Tra questi il disturbo comportamentale del sonno REM (RBD) spesso anticipa di anni l'insorgenza della malattia di Parkinson. Molti disordini del sonno sono caratterizzati da manifestazioni motorie particolari come la sindrome delle gambe senza riposo in cui la necessità di muovere le gambe la sera e a letto provoca un disturbo importante dell'inizio del sonno. Nel disordine comportamentale del sonno REM il paziente presenta comportamenti complessi durante i quali “agisce” il contenuto del sogno concomitante, con conse-

guenze anche gravi per se stesso e il partner. Nella narcolessia invece il paziente sperimenta episodi generalmente brevi di completa perdita del tono muscolare con transitoria impossibilità a muoversi durante il giorno (cataplessia) o al risveglio (paralisi da sonno) (*Raffaele Ferri, Direttore Scientifico IRCCS Associazione Oasi Maria SS Onlus di Troina - EN*).

## ► Le demenze

Due ricerche sono molto importanti per il loro potenziale impatto sulla diagnosi precoce e sulla valutazione dell'efficacia di terapie applicate a soggetti a rischio o nelle fasi molto iniziali della malattia. Da un lato, una scoperta di base, ovvero la conoscenza della precisa struttura atomica della tau fosforilata, un'altra proteina la cui deposizione a livello cerebrale, accanto a quella dell'amiloide, è il principale marcatore della malattia. La conoscenza della struttura degli aggregati specifici per l'Alzheimer apre la strada alla possibilità di una visualizzazione in vivo con la tomografia ad emissione di positroni e allo sviluppo di terapie che nel bloccino l'aggregazione.

Dall'altro, la recente scoperta di un test su campione di sangue per dimostrare la presenza di un probabile accumulo di amiloide cerebrale, la cui efficacia sembra comparabile a quella di esami invasivi (analisi del liquido cerebrospinale mediante pun-

tura lombare) o più complessi, come la PET cerebrale con traccianti per l'amiloide. Quindi nuove prospettive per la diagnosi precoce e la valutazione dell'efficacia di terapie applicate a soggetti a rischio o nelle fasi molto iniziali della malattia (*Stefano Cappa, Ordinario di Neurologia, Scuola Universitaria Superiore di Pavia*).

## ► Ictus: la finestra delle 24 ore

Due recenti trial hanno dimostrato l'efficacia del trattamento endovascolare fino a 16-24 ore dal teorico esordio dell'ictus nel consentire un recupero funzionale a tre mesi dal trattamento, a fronte di un rischio di complicanze emorragiche e di mortalità comparabile a quello del trattamento standard. Si apre quindi un fronte nuovo nel mondo della cura dell'ictus cerebrale ischemico: l'opportunità di intervenire con trattamenti di rivascolarizzazione potrà essere valutata con finestre terapeutiche individuali, secondo il principio della medicina di precisione (*Daniilo Toni, Associato in Neurologia, Direttore Unità di Trattamento Neurovascolare, Policlinico Umberto I di Roma*).



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Raffaele Ferri

# Iperensione arteriosa e agopuntura: utopia o realtà?

*Un gruppo di ricercatori italiani sta conducendo uno studio clinico sperimentale per valutare gli effetti dell'agopuntura in pazienti affetti da ipertensione primitiva. Nella ricerca vengono affiancati controlli emodinamici pre- e post-trattamento, non perdendo di vista il paziente sotto il profilo della medicina occidentale, così come ci descrivono le ricercatrici*

## **Maria Cristina Migliarese**

*Specialista in Anestesia e Rianimazione, già Dirigente di I livello, III Servizio di Anestesia e Rianimazione ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda; Milano  
Specialista in Fisiopatologia e Fisiocinesiterapia Respiratoria. Agopuntura. Fitoterapia cinese*

## **Cristina Giannattasio**

*Direttore S.C. Cardiologia 4ª Dipartimento Cardioracovascolare "De Gasperi"  
Direttore Dipartimento RICCA ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda; Milano  
Scuola Malattie Cardiovascolari ed Emergenza Urgenza Università degli Studi Milano Bicocca*

**D**opo una vita trascorsa come anestesista in cardiocirurgia, mi sono accostata allo studio dell'agopuntura per curiosità. Non nascondo le mie perplessità iniziali di fronte a questa cultura millenaria ma nuova per me.

Dopo una lunga metabolizzazione sono riuscita a trasferire ed elaborare nella pratica medica i concetti che l'antica Cina ha tramandato sino ai giorni nostri. Farà sorridere quanto dirò, che sia l'ipertensione arteriosa primaria borderline sia quella trattata, ma non ben controllata dai farmaci, può essere trattata con l'agopuntura.

## ► Iperensione arteriosa primitiva

Sta ad indicare una patologia molto frequente ai nostri giorni, diffusa non solo in persone con età avanzata, ma anche tra i giovani. Le diverse alterazioni emodinamiche e fisiopatologiche non derivano da una singola causa. Fattori ambientali, stress, aumento dei radicali liberi, alterate abitudini alimentari, un apporto eccessivo di Na, agiscono in persone predisposte geneticamente. La stimolazione del sistema nervoso simpatico induce un aumento della PA, in misura maggiore nei pazienti ipertesi o nei soggetti che successivamente svilupperanno ipertensione. Una elevata frequenza cardiaca può essere l'epifenomeno di una aumentata attività simpatica.

## ► Medicina tradizionale cinese

Il concetto principale che sta alla base di tutto è il Qi Energia. Tutto nell'universo è energia in un moto di trasformazione e circolazione incessante.

L'uomo, microcosmo nel macrocosmo, il mondo che lo circonda, è soggetto alle stesse leggi che governano l'universo.

Il Qi Energia in senso lato viene distinto in essenza, sangue, liquidi organici. Il Qi sangue è un aspetto dell'energia; una forma di Qi molto densa e materiale che circola in tutto l'organismo. Ha la funzione di nutrire, irrorare, inumidire, lubrificare. Il Qi Energia è quella trasmessaci con il patrimonio genetico, è quella trasmessa con il latte materno, è energia respiratoria, alimentare, difensiva. Il corretto funzionamento delle energie che scorrono nei meridiani porta ad una condizione di salute.

"L'energia dell'uomo circola nel suo corpo secondo le stesse leggi che governano la natura. Se questa circolazione è turbata l'uomo è malato" (*ling shu, cap. 70*). Parliamo di fattori esterni e interni, di emozioni, di freddo e di calore, di compressione delle nostre energie (fenomeno non poco frequente ai giorni nostri). Non parliamo di "ipertensione arteriosa".

Parliamo di calore che sale, di alterazione di una delle radici yin o yang.

Anche l'anamnesi vista in questo contesto ci porta ad un esame non di un singolo sintomo ma ad una visione d'insieme.

Circa il meccanismo di azione dell'agopuntura in termini occidentali si è data una risposta per quanto riguarda il dolore e l'effetto antinfiammatorio, ma non si riusciva a capire il meccanismo in altre patologie tra cui l'ipertensione arteriosa.

Recenti ricerche hanno cercato di fornire prove sui meccanismi dell'agopuntura nel trattamento specifico dell'ipertensione arteriosa partendo da osservazioni scientifiche legate alla stimolazione di determinati punti.

Con la Risonanza magnetica funzionale si è in parte riusciti a dimostrare come la puntura di alcuni punti modifichi o bilanci il rilascio di neurotrasmettitori modulando l'omeostasi tra sistema nervoso simpatico e parasimpatico.

Dalla revisione della letteratura si evidenzia che il meccanismo d'azione dell'agopuntura nella modulazione della pressione arteriosa si esplica tramite:

- attivazione dei meccanismi di vasodilatazione,
- produzione di ossido nitrico a livello endoteliale e neuronale,
- attivazione del sistema oppioide endogeno,

- riduzione della produzione di radicali liberi,
- modulazione dell'omeostasi fra sistema nervoso simpatico e parasimpatico.

Ottenuta questa omeostasi si possono ottenere risultati positivi specie nei giovani, espressi da un miglioramento del sonno, dello stato d'ansia, dalla riduzione o scomparsa delle cefalee.

Un riequilibrio energetico e quindi del benessere psicofisico porta ad una riduzione dei valori pressori e quindi ad un ritardo nella somministrazione di terapie con effetti collaterali a noi noti.

## Lo studio

La Dott.ssa Maria Cristina Migliarese con la ricercatrice Prof.ssa. Cristina Giannattasio e con la collaborazione scientifica tra S.C. Cardiologia IV dell'ASST Niguarda Ca' Granda Milano e Centro Studi e Centro Medico So-Wen di Milano sta conducendo uno studio di ricerca sugli effetti del trattamento con agopuntura in pazienti affetti da ipertensione arteriosa, patologia che come noto in letteratura rappresenta oggi una delle principali comorbidità per lo sviluppo di patologie cardiovascolari.

Nello studio in oggetto vengono trattati con agopuntura pazienti con pressione arteriosa normale-alta e rischio cardiovascolare basso-intermedio non ancora in terapia e soggetti con ipertensione arteriosa essenziale in terapia farmacologica ottimizzata e mas-

simalizzata, ma con valori pressori ancora non adeguatamente controllati. Si tratta di uno studio clinico sperimentale monocentrico il cui l'end-point primario è la riduzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica nei soggetti di ambo i gruppi trattati con agopuntura. L'obiettivo secondario è la valutazione dell'efficacia del trattamento agopunturistico nella riduzione della stiffness vascolare misurata tramite Mobil-O-Graph.

Il trattamento con agopuntura sarà effettuato a cadenza bisettimanale per sei settimane consecutive. Le sedute hanno luogo presso il reparto di Cardiologia IV, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e in base alla disponibilità del paziente stesso anche presso gli studi della Scuola So-Wen (Via Marostica 38, Milano), al fine di agevolare il più possibile la fruizione del trattamento anche per i pa-

zienti che risiedono in zone distanti dall'Ospedale Niguarda.

Qualora i pazienti ipertesi non in terapia dovessero, per un aumento dei valori pressori avere necessità di iniziare una terapia farmacologica, sarà nostra premura prescrivere quanto necessario.

Il trattamento eseguito dalla dott.ssa Maria Cristina Migliarese è erogato gratuitamente e gli esami eventualmente necessari per miglior inquadramento della condizione morbosa sono eseguiti presso l'Ospedale Niguarda di Milano. I pazienti che partecipano allo studio saranno in seguito seguiti dalla Prof.ssa Cristina Giannattasio e dall'équipe del programma "Ipertensione Arteriosa".

*Per informazioni contattare:  
Dott.ssa Migliarese Maria Cristina  
migliarese50@gmail.com*

# Allergie, il paradosso dell'immunoterapia allergene specifica

Nuove linee guida europee confermano l'efficacia dell'immunoterapia allergene specifica e ne sollecitano utilizzo in tutti i pazienti candidabili. In Italia però diverse barriere ne limitano l'utilizzo

**Antonino Musarra**, *Presidente AAIITO* - **Maria Beatrice Bilò**, *Past President AAIITO*  
*Associazione Allergologi ed Immunologi Italiani Territoriali ed Ospedalieri*

**L**e ultime linee guida pubblicate dall'Accademia Europea di Allergologia e Immunologia Clinica (EAACI), partendo dall'assunto che l'immunoterapia allergene specifica (AIT) sia la migliore terapia per metà dei pazienti allergici suggeriscono una maggiore applicazione. Il suggerimento però si scontra con la pratica: gli ultimi dati sull'uso della terapia in Italia segnalano un continuo trend decrescente del numero di pazienti trattati negli ultimi quattro anni. Le linee guida EAACI sanciscono la sicurezza e l'efficacia dell'AIT nella cura delle allergie respiratorie e da veleno di imenotteri. Specificano i criteri di candidabilità dei pazienti e chiariscono come sia consigliata nella rinite allergica persistente di cui soffrono la maggior parte dei pazienti rinitici o con asma di grado lieve/moderato. Questo significa che attualmente in Italia, su una popolazione di circa 15 milioni di persone che soffre di allergia respiratoria, sono quasi 8 i milioni di pazienti con allergia moderata grave che sarebbero eleggibili all'uso dell'AIT. Per contro in Italia, gli ultimi dati registrano come solo il 2% dei pazienti candidabili sia attualmente in terapia. Una mancanza di impiego della terapia che alla luce delle conoscenze consolidate, rappresenta un grave danno per i pazienti.

## ► Immunoterapia allergene specifica

L'AIT consiste nella somministrazione di dosi progressivamente crescenti dell'allergene verso cui il paziente è sensibilizzato. In tal modo il suo sistema immunitario viene sollecitato a difendersi contro l'allergia, producendo anticorpi di difesa contro lo stesso allergene ed inducendo quindi una tolleranza alla sua riesposizione. L'AIT riduce non solo i sintomi e il consumo di altri farmaci ma anche il rischio della comparsa di nuove patologie che vanno ad aggiungersi a quelle già presenti. Tra queste la sinusite, la poliposi nasale, l'asma nei pazienti con sola rinite, l'ipertrofia adenoidea nei bambini. Inoltre gli effetti positivi di una corretta immunoterapia sono abbastanza rapidi, manifestandosi già dopo i primi mesi di trattamento. L'AIT, agendo sul meccanismo della malattia, non solo riduce i sintomi ed il consumo dei farmaci, ma mantiene la propria efficacia per molti anni dopo la sospensione del ciclo di trattamento, che dovrà per questo avere una durata di almeno 3-4 anni. L'AIT può essere somministrata per via sottocutanea o sublinguale. Il rischio di reazioni avverse è estremamente basso, in particolare

con la via sublinguale; le controindicazioni pochissime e non c'è limite di età al suo utilizzo.

## ► Barriere che ne limitano l'utilizzo

Le motivazioni che limitano l'utilizzo dell'AIT in Italia sono molteplici. Certamente il problema dei costi, nelle Regioni nelle quali questo trattamento è a totale carico dei pazienti, con una spesa annua di circa 500/600 euro, rappresenta una forte limitazione. Nel nostro Paese esiste una situazione a macchia di leopardo, a causa della mancanza di una legislazione che regoli la rimborsabilità dell'AIT in modo uniforme. La decisione se erogare o meno l'AIT, e in che misura, infatti, dipende unicamente dalle singole Regioni.

Un'altra importante motivazione è la scarsa e a volte erronea conoscenza delle malattie allergiche. C'è poca conoscenza delle possibilità diagnostiche e terapeutiche a vari livelli, non solo nella popolazione generale ma anche tra i medici. Infatti, trattandosi di una terapia di pertinenza dell'allergologo, non è sufficientemente supportata da molti colleghi, che la guardano ancora con un certo scetticismo, forse considerandola poco o meno utile rispetto al trattamento farmacologico.

• Linee Guida EAACI. [www.eaaci.org/documents/AIT\\_Guidelines-web\\_version.pdf](http://www.eaaci.org/documents/AIT_Guidelines-web_version.pdf)

# Gestione integrata del paziente oncologico

I problemi della lungosopravvivenza e della cronicizzazione della “malattia cancro” possono essere affrontati con collaborazioni multidisciplinari e con una stretta alleanza di tutti gli attori coinvolti, in primis i Mmg. La proposta è contenuta nel progetto nazionale “I nuovi bisogni del paziente oncologico e la sua qualità di vita”

Oggi oltre 3 milioni e trecentomila cittadini italiani vivono dopo una diagnosi di tumore, una percentuale in costante aumento, addirittura il 24% in più rispetto al 2010, negli anni 70 solo poco più del 30% delle persone colpite riusciva a sconfiggere il cancro. Molte neoplasie sono diventate patologie croniche, grazie anche all’immuno-oncologia e alle terapie a bersaglio molecolare, che si aggiungono a chirurgia, chemioterapia, ormonoterapia e radioterapia. Questi cittadini presentano nuovi bisogni, impensabili fino a dieci anni fa, di fronte ai quali gli operatori sanitari sono spesso impreparati. Solo il 57% dei pazienti colpiti da cancro riferisce infatti al medico i piccoli disturbi legati alla malattia o alle terapie, per esempio astenia, spossatezza, nervosismo, difficoltà ad addormentarsi, lieve dissenteria, mancanza di appetito, gonfiore e secchezza vaginale. Il 54% dei pazienti ritiene inoltre che il Mmg non sia un interlocutore adeguato sulle neoplasie e il 79% lamenta l’assenza di dialogo fra oncologi e medici del territorio.

È la fotografia che Fondazione AIOM e AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) hanno scattato con la prima fase del progetto nazionale “I nuovi bisogni del paziente oncologico e la sua qualità di vita”, presentato in Senato con il

contributo incondizionato di Bristol-Myers Squibb. Per gli esperti la soluzione è quella di varare un piano nazionale sulla cronicità che, con collaborazioni multidisciplinari e con la stretta alleanza con le associazioni dei pazienti, possa affrontare i problemi della lungosopravvivenza e della cronicizzazione della malattia cancro. Il progetto si prefigge di creare rapporti di collaborazione strutturati e preferenziali fra centri oncologici, medicina del territorio, farmacisti che vadano oltre le visite di controllo successive alla fase acuta della malattia. Da un lato, gli specialisti raramente vengono coinvolti dai pazienti nella gestione di questi piccoli effetti collaterali, dall’altro ai Mmg non vengono offerti gli strumenti necessari per fornire risposte adeguate. Con la conseguenza che i pazienti e i loro familiari si muovono spesso autonomamente cercando soluzioni prive di basi scientifiche.

## ► I dati della medicina di famiglia

“Il 72% dei Mmg, su 1.500 assistiti, segue in media fra 50 e 100 pazienti oncologici - afferma **Andrea Salvetti**, responsabile oncologia della Simg. Una situazione impensabile solo dieci anni fa. Dopo la diagnosi, i pazienti o i familiari si recano dal medico di famiglia per informarlo della nuova condizione di malattia. Nel 75% dei casi chiedono dove rivolgersi e qua-

le centro preferire. Il rimanente 25% ha già scelto il percorso di cura. Dopo questo primo momento della comunicazione della diagnosi, il Mmg ha rapporti quasi saltuari con il malato, che è preso in carico dallo specialista. La relazione viene ristabilita quando il paziente torna a casa, una volta terminata la fase acuta della malattia. Un documento dettagliato del centro specialistico ci informa sulle terapie somministrate e sugli eventuali effetti collaterali. Questo report è fondamentale, perché negli ultimi anni sono state rese disponibili molte nuove molecole e non sempre le conosciamo. Infatti il 66% ritiene scarso il proprio livello di conoscenza delle terapie innovative”. La reciproca collaborazione nella gestione dei piccoli disturbi è considerata scarsa o sufficiente dal 76% degli oncologi e dal 73% dei Mmg. “Molto è lasciato alle conoscenze personali del centro oncologico di riferimento della zona - sottolinea Salvetti -. Talvolta siamo costretti a comporre più volte il numero del centralino dell’ospedale, sperando di intercettare prima o poi un collega oncologo”.

Dunque la creazione di un percorso strutturato con gli oncologi, i Mmg e i farmacisti per gestire e trasferire sul territorio la cura di questi aspetti può portare ad un concreto miglioramento della qualità di vita dei malati e dei loro familiari.