

# M.D.

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

Anno XXIII, numero 3 - aprile 2016

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

## IN QUESTO NUMERO

### FOCUS ON

6

**Convenzione,  
il nuovo atto di indirizzo  
tra speranze e obiezioni**

### RIFLETTORI

8

**La circolare esplicativa  
sul decreto appropriatezza  
non placa le contestazioni**

### MANAGEMENT

33

**Ruolo del Mmg  
nella gestione del paziente  
con dolore**



**Domenico Giovanni Battista Mele**

*Medico di Assistenza Primaria - ISDE - Basilicata*

**La solitudine del medico di famiglia  
nella lotta alle malattie "ambientali"**



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



## M.D. Medicinae Doctor

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

## Direttore Responsabile

Dario Passoni

## Comitato di Consulenza di M.D.

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

## Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

## Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

## Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

## Passoni Editore s.r.l.

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

## Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
La solitudine del medico di famiglia nella lotta alle malattie "ambientali" ..... 5
- **Focus on**  
Convenzione, il nuovo atto di indirizzo tra speranze e obiezioni ..... 6
- **Riflettori**  
La circolare esplicativa sul decreto appropriatezza non placa le contestazioni ..... 8
- **Professione**  
La sicurezza dei MCA e la gestione delle situazioni conflittuali ..... 10
- **Prospettive**  
Il tracollo europeo della Medicina ..... 12
- **Tribuna**  
Specialità in MdF, realtà internazionale additata come paradosso in Italia ..... 14
- **Contrappunto**  
Aggregazioni Funzionali Territoriali, tecnologia e codici bianchi ..... 17
- **Il caso**  
Turismo farmaceutico per gli anti-epatite C ..... 18
- **Monitor**  
Focus sui farmaci equivalenti nell'HIV ..... 21

## AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**  
Le migliori pratiche per la cura del DMT2 negli anziani ..... 24
- **Oncologia**  
Immunoterapia, nuova frontiera nella lotta ai tumori ..... 25
- **Oftalmologia**  
Identikit della sindrome dell'occhio secco ..... 26
- **Sindrome metabolica**  
Ruolo protettivo di metformina e pattern mediterraneo ..... 27
- **Terapia anticoagulante orale**  
Dabigatran, primo NAO con l'inattivatore specifico ..... 28
- **Urologia**  
Up to date su invecchiamento e patologie prostatiche ..... 29
- **Prevenzione**  
Let's dance? Sì perché fa bene al cuore ..... 30

## CLINICA E TERAPIA

- **Management**  
Ruolo del Mmg nella gestione del paziente con dolore ..... 33
- **Clinica**  
La presa in carico di un paziente con arteriopatia ostruttiva ..... 36
- **Terapia**  
Approccio multidisciplinare al reflusso gastroesofageo ed esofago di Barrett ..... 40
- **Osservatorio**  
Probiotici: necessario approfondire di più ..... 43
- **Ricerche**  
Medicina di iniziativa e prevenzione cardiovascolare ..... 46

# La solitudine del medico di famiglia nella lotta alle malattie “ambientali”

**R**abbia e soddisfazione, due sentimenti contrapposti, ma che **Domenico Giovanni Battista Mele**, Medico di Assistenza Primaria, referente ISDE - Basilicata - Medici per l'Ambiente, riferisce a *M.D.* per descrivere il suo stato d'animo da quando è scoppiato il caso Tempa Rossa e con esso è stato scoperchiato il vaso di Pandora legato al filone d'inchiesta della Procura di Potenza sulle attività di smaltimento dei rifiuti prodotti dal Centro Oli dell'Eni. La rabbia è legata al fatto di aver intuito in tempi non sospetti, dal suo osservatorio privilegiato di medico di medicina generale, una crescita anomala di patologie riscontrate nei suoi assistiti. A fare da spartiacque è stato l'insediamento a Viggiano, territorio prevalentemente agricolo, del Centro Oli dell'Eni.

“La frequenza di patologie tumorali e cardiorespiratorie in Basilicata e nell'area dove esercito è sempre stata al di sotto della media nazionale - dichiara Mele - ma già pochi anni dopo l'insediamento del Centro Oli dell'Eni riscontravo nei miei pazienti un'incidenza sempre maggiore di quelle che oggi vengono definite malattie sentinella ed è da qui che è cresciuto il mio interesse sulla correlazione tra inquinamento e patologie”. Ad alimentare questo interesse sono state poi le continue evidenze scientifiche prodotte dal mondo della ricerca. Così oggi, dati alla mano, sappiamo con certezza che nel mondo il 24% delle malattie e il 23% delle morti sono attribuite a fattori ambientali modificabili, nei bambini più di un terzo delle patologie.

“Indubbiamente come fanno i colleghi - sottolinea Mele - stabilire delle correlazioni tra patologie e alimentazione, stili di vita e inquinamento ambientale non è affatto semplice, ma approfittando della nostra presenza capillare sul territorio e della peculiarità della Medicina che esercitiamo, che si fonda su di un rapporto fiduciario con i nostri pazienti, siamo dotati di un plusvalore da investire sia nella cura sia nella prevenzione delle malattie”. Ed è proprio questa la motivazione che ha spinto il dottor Mele a continuare la sua battaglia, inizialmente da solo, a non fermarsi di fronte all'indifferenza dell'Asl e dell'Arpa. Nel 2009 entrato nel consiglio comunale a Viggiano ha immediatamente presentato la proposta di uno studio di Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) sulle popolazioni dei comuni di Viggiano e Grumento, riuscendo a farlo approvare e partire nel 2014.

“Oggi c'è una maggior consapevolezza di queste tematiche - evidenzia Mele - a tale proposito, voglio ringraziare il presidente dell'Ordine dei Medici di Potenza che ha recepito la mia proposta di creare un gruppo di lavoro dedicato alle problematiche ambientali che sarà un punto di osservazione e di raccolta dati importante che ci permetterà di poter fare un ottimo lavoro di prevenzione primaria”.



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

# Convenzione, il nuovo atto di indirizzo tra speranze e obiezioni

Accolto positivamente dalla gran parte delle rappresentanze sindacali perché riapre il tavolo delle trattative, il nuovo atto di indirizzo per la medicina convenzionata desta ancora dubbi e attriti su alcuni temi importanti, primo fra tutti il nodo spinoso dell'assistenza h16. E sul rapporto che dovrà configurarsi tra i medici e la parte pubblica ci sono ancora troppe ombre, secondo quanto ha sottolineato a *M.D.* da Silvestro Scotti, Vicesegretario vicario Fimmg

**D**opo un lungo periodo di *stand-by*, l'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione è ad un nuovo inizio grazie all'approvazione del "*Documento integrativo dell'atto d'indirizzo per la medicina convenzionata*". Accolto positivamente dalla gran parte delle rappresentanze sindacali perché riapre il tavolo delle trattative per il rinnovo dell'Acn e dà un nuovo corso alla medicina territoriale, desta però ancora dubbi e attriti su alcuni temi importanti, primo fra tutti il nodo spinoso dell'assistenza h16.

"Ci sono ancora molte imprecisioni - dichiara a *M.D.* **Silvestro Scotti**, vicesegretario vicario Fimmg - soprattutto se consideriamo i temi relativi al rapporto che dovrà configurarsi tra i medici e la parte pubblica". In generale il giudizio è positivo, ma a sentire le parole di Scotti, restano nodi da sciogliere e molte domande attendono risposta: "Si sta procedendo verso un aumento della subordinazione dei medici che abbia come contropartita necessaria più tutele, oppure verso una maggiore libertà d'iniziativa per i colleghi? La medi-

cina generale avrà la possibilità di organizzarsi autonomamente motivandosi al suo interno con obiettivi magari legati a miglioramenti reddituali?".

## ► Le divisioni sull'h16

La situazione presenta ancora ombre. Le più cupe appaiono ancora una volta quelle sulla transizione in corso dall'assistenza h24 a quella h16. Così Scotti: "come dichiarato anche dal segretario Fimmg **Giacomo Milillo**, penso che procederemo verso un modello di transizione che dovrà, a sua volta, condurre ad una riorganizzazione radicale dell'assistenza territoriale; questo appare ancora più evidente dalle modifiche che leggiamo nel testo del documento integrativo dell'atto di indirizzo, laddove è stato inserito il "*Numero Unico Europeo 116117 dedicato alla gestione delle chiamate per le cure mediche non urgenti*".

Una decisione, quella di istituire anche in Italia il numero unico europeo, che per alcuni sindacati andrà ad impattare sul 118, con il rischio di un aumento oltre misura

dell'impegno notturno. Scotti, in merito, non le manda a dire, puntando il dito senza nascondere la mano: "Credo che la polemica dello Smi sia fine a se stessa. Per prima cosa voglio dire che nel passaggio dall'h24 all'h16 non ci saranno ripercussioni sul personale medico, né dal punto di vista di posti di lavoro né da quello della perdita di ore lavorative, e il perché è presto spiegato. Perdere posti di lavoro o ore lavorative significherebbe perdere parte della massa salariale della medicina generale, il che determinerebbe problemi su più fronti, compreso quello previdenziale: questo nessuno potrebbe accettarlo, tanto meno noi della Fimmg, e non credo che questo sia l'intento della Sisac".

## ► La posizione dello Smi

Quanto precisato dal vicesegretario Fimmg è in effetti una risposta alle parole del segretario del Sindacato dei Medici Italiani (Smi) **Pina Onofri** che in merito al documento integrativo dell'atto di indirizzo ha dichiarato: "La nuova bozza dell'at-

to di indirizzo prosegue sulla strada dell'approssimazione: invece di modelli associativi complessi e funzionali, si insiste su strutture rigide che in qualche modo replicano le dinamiche ospedaliere, anche dal punto di vista della *governance* e delle carriere. E si continua a battere sul ruolo unico, ma senza tempo pieno per i medici di medicina generale”.

“Non solo - continua Onotri - si punta tutto sulla cosiddetta continuità dell'assistenza h16, che rimane un sistema mai sperimentato da nessuna parte, ma che con tutta evidenza produrrà tre conseguenze: uso improprio del 118 nelle ore notturne, intasamento del pronto soccorso, tagli delle postazioni di guardia medica, con relativa perdita di posti di lavoro. Un capolavoro che porterà alla demolizione di un servizio essenziale per i cittadini”.

La posizione del segretario Smi, fa eco a quanto dichiarato da **Nicola Marini** Responsabile Nazionale Smi dell'Emergenza Territoriale 118: “Se parliamo di Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità di Cure Complesse, con la presenza del medico di famiglia e della Guardia Medica, allora andiamo verso la strada giusta perché non si rischia di intasare il pronto soccorso; ma sovraccaricare i medici del 118 dopo mezzanotte con compiti che vengono egregiamente svolti dalla Guardia Medica rischia di far implodere il sistema di assistenza sul territorio”.

“I medici del 118 - precisa - si troveranno a svolgere due tipologie di servizio completamente diversi e per di più in contemporanea: uno sui codici rossi di emergenza, e l'altro sulle visite e le prescrizio-

ni per patologie minori: questa situazione provocherà disfunzioni nell'assistenza medica molto gravi, con gli operatori stretti tra l'obbligo di intervento immediato in emergenza ed il pericolo di commettere omissione di soccorso se costretti ad interventi molto differiti nel tempo, sia nelle zone a notevole estensione territoriale, sia nei centri urbani ad alta intensità abitativa”.

#### ► La necessità di modelli intermedi

A tale proposito, Scotti tiene a precisare che c'è la necessità non di un'assistenza h16 standardizzata a livello nazionale, ma modulata a seconda delle situazioni e dei territori: “È necessario trovare modelli intermedi tra l'assistenza h24 e quella h16: ci sono infatti alcuni territori dove è impossibile realizzare un'assistenza h16”. E entrando nel merito, l'esempio proposto dal vicesegretario Fimmg riguarda la Calabria dove oggi operano circa 2.000 medici di continuità assistenziale e più o meno 1.000 medici di famiglia. “A queste condizioni - evidenza - l'h16 sarebbe numericamente improponibile”.

Un elemento quello del territorio da sempre croce di un riassetto sanitario difficoltoso; un elemento che anche altri sindacati, su tutti Snami col presidente **Angelo Testa**, non esita a rimarcare: “Errore nel passato la parte pubblica ha sostenuto e applicato in forma rigida forme di assistenza sanitaria che magari funzionavano egregiamente da una parte e palesemente male da un'altra e quindi poco funzionali. Perciò come Snami abbiamo più volte se-



gnalato l'esigenza di una medicina rurale differente dalla medicina da erogarsi in una grande città, così come l'influenza negativa della scarsa viabilità e le particolarità delle piccole comunità avessero necessità di un'assistenza sanitaria modulata differenzialmente, anche tenendo conto delle distanze e dei tempi di percorrenza dalle strutture ospedaliere”.

Insomma, il territorio, declinato ultimamente come assistenza h16, è il nucleo infuocato della discussione; una discussione che, tutto sommato, è ripartita generando fermento e risvegliando passioni. Così come affermato da **Antonino Saitta**, coordinatore della Commissione Salute delle Regioni: “Il nuovo atto di indirizzo permette di ricominciare a discutere. Ma non è il contratto, e ci sono margini per trovare accordi necessari: se ci sono cose da limare, si limeranno”.



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

# La circolare esplicativa sul decreto appropriatezza non placa le contestazioni

La Circolare del Ministero della Salute che sospende le sanzioni ai medici e avvia una fase sperimentale per raccogliere dati in vista di future modifiche al decreto appropriatezza non ha avuto un consenso unanime.

C'è chi plaude all'iniziativa e la saluta come un traguardo di una battaglia che i medici hanno avviato ancor prima dell'approvazione del decreto.

C'è chi invece continua a chiederne il ritiro e la riscrittura

Il Ministro della Salute ha mantenuto la promessa e ha redatto la circolare che chiarisce i termini applicativi del tanto vituperato decreto sull'appropriatezza prescrittiva: viene aperta una fase sperimentale a carico delle Regioni in cui le sanzioni per i medici sono sospese. In questa fase viene previsto oltre all'adeguamento informatico anche la rilevazione delle criticità applicative che saranno oggetto di discussione. La circolare chiarisce anche la questione "specialista" ovvero per le prestazioni ove è prevista la prescrizione specialistica si intende prescrizione sul ricettario Ssn dello specialista. Ove lo specialista non fosse abilitato alla prescrizione dovrà specificare sulla prescrizione bianca nome, cognome, codice fiscale, n. iscrizione all'Ordine: solo allora il medico di famiglia potrà trascrivere la ricetta barrando la S e indicando tali dati sull'impegnativa. Nella fase sperimentale non occorrerà specificare la nota Aifa, ma un quesito diagnostico attinente alle prescrizioni del decreto.

Ma la sospensione delle sanzioni

ai medici e l'avvio di una fase sperimentale per raccogliere dati in vista di future modifiche al decreto appropriatezza non sembra bastare. C'è chi plaude all'iniziativa e la saluta come un traguardo di una battaglia che i medici hanno avviato ancor prima dell'approvazione del decreto.

## ► Il dissenso di Snamì

C'è chi invece continua a chiederne il ritiro e la riscrittura, sottolineando che si tratta solo di una tregua, di fatto non cambia nulla, soprattutto per i cittadini. A pensarla così è **Angelo Testa**, presidente Snamì: "Non cambia nulla - dichiara a *M.D.* - certo, per ora sono sospese le sanzioni ai medici, ma per quanto ci riguarda stiamo dicendo ai nostri colleghi di applicare il decreto: non c'è alcuna motivazione, tantomeno una insignificante circolare, per non applicarlo".

"Snamì non è affatto soddisfatto - continua Testa -. Invece di modificare sostanzialmente o abrogare il famigerato scellerato decreto, come richiesto più volte dal nostro sindacato, si emettono 'chia-

rimenti' meritevoli di sottolineatura con matita blu da parte di un maestro elementare, per quanto concerne l'utilizzo della lingua italiana e le indicazioni assurde anche da un punto di vista giuridico. Infatti una circolare 'chiarificatrice' di un decreto non può sostenere l'opposto di quanto sia scritto nel decreto stesso che intende chiarire".

A sentir parlare Testa c'è un nodo importante da sciogliere e riguarda *in primis* i cittadini. "Sono loro i veri danneggiati dal decreto ma non ho visto una singola associazione di cittadini scendere in piazza. Siamo onesti e leggiamo la situazione per quella che è. Il decreto Lorenzin non solo un problema del medico: a noi viene detto come prescrivere e cosa prescrivere, e noi lo facciamo. È incredibile invece che i cittadini non scendano in piazza. Come detto, il decreto sospendo (momentaneamente) le sanzioni ai medici, toglie i limiti di prescrizione per pazienti oncologici, cronici e invalidi, ma è tutto a tempo: "O si riconosce ufficialmente l'inutilità del decreto - prosegue Testa - oppure non so a co-

sa serva mandare in giro circolari per spostare in avanti, chissà oltretutto di quanto, la piena applicazione di quanto indicato nel testo. Un decreto che, in più, non porta neanche al tanto agognato risparmio per le casse dello Stato. In questi giorni sono andato alla Asl e ho scoperto che il cittadino paga meno se fa un esame prescritto su ricetta bianca piuttosto che su ricetta rossa; con la differenza che lo Stato non incassa il ticket che avrebbe dovuto incassare”.

#### ► Protesta anche il Sindacato dei Medici Italiani

Una posizione netta quella di Snam, alla quale fa eco lo Smi con una nota del segretario nazionale **Pina Onotri** in cui sottolinea che il decreto va ritirato e riscritto. “La circolare è un’ammissione esplicita della fondatezza delle critiche che sono state rivolte a questo decreto: un provvedimento mal definito e sbagliato, un vero e proprio pasticcio all’Italiana. Eppure questo passo indietro del ministro Lorenzin, viene visto come un’apertura, dimenticando che la lista di tagli, di ‘proscrizione’, rimane sul tavolo, come una ghigliottina sui diritti alla salute dei cittadini. Come ripetuto più volte, noi non fermeremo le nostre proteste fino a quando non si modificherà questo decreto: si ritiri e si riscriva. E se si vogliono ridurre gli sprechi, siamo i primi a dare la nostra disponibilità a portare un piano di *spending review*. Quindi, al Governo chiediamo serietà: assumetevi la responsabilità politica di fare delle scelte chiare, senza scaricarle sui medici, si distingua tra erogabilità e appropriatezza. Se si decide di tagliare

prestazioni, lo si dica apertamente. Noi rimarremo al fianco dei cittadini e della sanità pubblica”.

#### ► La Fimmg è ottimista

Posizioni che stridono con l’ottimismo manifestato invece da Fimmg. “La Fimmg esprime tutta la sua soddisfazione per la circolare del ministero della Salute sul decreto appropriatezza - ha dichiarato il segretario nazionale **Giacomo Milillo** - sia per i suoi contenuti sia per il metodo che ha portato alla sua emanazione”.

“È il primo passo dell’Intesa raggiunta lo scorso 12 febbraio tra Fnomceo Regioni e Ministero, in attesa di una prossima revisione del decreto stesso - continua Milillo -. A parte alcuni interventi chiarificatori sulle criticità tecniche che il decreto presentava, ci sono anche chiarimenti e indicazioni su modalità di prescrizione e su prestazioni specifiche (es: colesterolo, risonanza, indagini allergologiche), siamo soddisfatti per l’avvio di una fase sperimentale di applicazione del provvedimento che sarà caratterizzata dal monitoraggio e dalla raccolta dei dati sulle prescrizione delle prestazioni e che contribuirà a chiarire ulteriormente le criticità da affrontare. Bene sicuramente la inapplicabilità delle sanzioni per i medici nella fase sperimentale del decreto e la certezza che per i pazienti oncologici, cronici o invalidi non c’è limitazione prescrittiva. In questo nuovo clima - conclude Milillo - i medici possono tornare a lavorare senza temere ritorsioni. Se nonostante tutto queste venissero perpetrate da parte di qualche tecnocrate sprovvisto, si ritorceranno contro di lui”.

#### ► Un passo avanti per Sumai

Sulla stessa lunghezza d’onda della Fimmg troviamo gli specialisti ambulatoriali: “La circolare esplicativa rappresenta certamente un passo in avanti positivo dopo le moltissime difficoltà applicative seguite alla sua entrata in vigore e i tanti disagi causati a medici e pazienti”.

È quanto ha affermato il segretario generale degli specialisti ambulatoriali del Sumai-Assoprof, **Roberto Lala** “Apprezziamo - prosegue Lala - lo spirito di collaborazione del Ministero della Salute e auspichiamo che quanto prima possa essere messa in atto una revisione precisa del decreto”.

“In ogni caso - ricorda il segretario Sumai-Assoprof - molti disagi si sarebbero potuti evitare qualora le Istituzioni avessero coinvolto maggiormente i professionisti che più volte hanno lanciato appelli segnalando le criticità di un provvedimento ‘calato’ dall’alto e senza confronto. Per questa ragione confidiamo che di qui in avanti, come testimoniato anche dall’Intesa di Palazzo Chigi, possa instaurarsi un percorso di dialogo costante senza più veti anacronistici che, come abbiamo visto, non producono risultati. La circolare è stata un primo passo. Nei prossimi mesi valuteremo se ve ne saranno altri”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l’intervista a Angelo Testa

# La sicurezza dei MCA e la gestione delle situazioni conflittuali

I medici di CA non potendo contare sul rapporto fiduciario con i pazienti come i Mmg e neanche essere protetti, come i colleghi ospedalieri, da una struttura che raggruppa diversi operatori contemporaneamente, si trovano particolarmente esposti a situazioni conflittuali con i pazienti con cui entrano in relazione.

Diventa quindi necessario, per aumentare la sicurezza oggettiva dei MCA, fare una scelta formativa che privilegi la comunicazione medico-paziente e la gestione delle situazioni di conflittualità

**Alessandro Chiari**

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

**A**ldilà di quelli che sono i necessari presidi di *safety and security* per garantire la sicurezza dei medici di continuità assistenziale (MCA), compito che l'articolo 64 dell' Acn demanda alle Aziende, diventa indispensabile effettuare una formazione mirata dei colleghi.

Il MCA infatti deve essere in grado di gestire quei particolari pazienti "problematici" e quelle situazioni critiche che si vengono a creare nei contesti delle urgenze con il paziente stesso e con i familiari anche sotto forma di minacce o scontri fisici e verbali. Il MCA dovrebbe quindi saper gestire le crisi e quei rapporti umani resi difficili da determinate situazioni/ persone e/o patologie.

La gamma degli eventi potenzialmente pericolosi per il medico può andare da situazioni in cui siano protagonisti pazienti aggressivi, a causa di particolari patologie mentali, ma anche da persone che diventano aggressive in rela-

zione a situazioni che evolvono in contrapposizioni conflittuali tra medico e paziente e che potrebbero evitare in vere e proprie aggressioni, soprattutto quando alcune condizioni scatenanti, nelle postazioni di guardia come a casa del paziente, possono generare dei contesti potenzialmente pericolosi. Si va da atteggiamenti più o meno ostili ad episodi di minaccia legale o fisica fino a vere e proprie aggressioni. Si tratta comunque di condizioni che nascono da situazioni di crisi o che, come tali, vanno ad evolversi.

## ► Situazioni conflittuali

Uno dei casi sempre più frequenti riguarda situazioni d'incomprensione linguistica con madrelingua non italiani; bisognerebbe avere massima cautela perché questi pazienti possono avere reazioni molto differenti da quanto atteso dall'operatore come un diverso senso dell'umorismo e dif-

ferenti parametri comunicativi determinati da valori profondamente differenti: culturali, etici, religiosi, morali. Esistono comunque tecniche per gestire efficacemente la comunicazione in situazioni di emergenza e riconoscere, affrontare e risolvere i sintomi dello stress mentale o psicofisico, gli stati alterati per abuso di sostanze o anche le pulsioni aggressive e autolesionistiche dei soggetti che presentano situazioni di criticità da disagio mentale ed emotivo.

## ► L'evento sentinella

Gli esseri umani quando si sentono esposti a pericoli, minacce, stress fisici o psichici, grande pressione emotiva, reagiscono adottando comportamenti molto differenti da quelli usuali, questo vale sia per il medico sia per il paziente.

Condizioni economiche sfavorevoli quali povertà, perdita del lavoro, una mancata promozione, una re-

trocezione lavorativa o un cambio di lavoro e tutto ciò che comporti una modificazione del vissuto personale (un lutto, una separazione, *social network*, sms, ecc.) possono diventare eventi traumatici scatenanti. Ciò non elimina comunque la necessità di dover lavorare anche sull'organizzazione degli spazi nelle sedi di CA. Alcuni fattori ambientali come gli arredi e la loro disposizione, la presenza di oggetti pericolosi, clima caldo e umido, sale d'aspetto sovraffollate possono fare la differenza, L'eventuale stimolo scatenante è sempre molto soggettivo e può determinare una tipica reazione acuta da stress. In questo caso prendono il sopravvento comportamenti automatici, secondo schemi neurobiologici prefissati, che possono sfociare in comportamenti violenti e aggressivi. Per quantificare entità, frequenza ed esiti del fenomeno è necessario realizzare una scheda di rilevazione dell'evento sentinella che comporti una serie di situazioni ed una serie di possibili evoluzioni del contesto nonché le generalità o la descrizione del paziente. Bisogna poi formalizzare un percorso aziendale per la raccolta e l'interpretazione dei dati fondamentale come momento di analisi necessario al successivo sviluppo progettuale del sistema di sicurezza.

### ► La formazione ad hoc

Per mettere in grado il MCA di gestire la situazione di crisi bisogna quindi programmare una formazione con l'obiettivo di addestrare l'operatore in modo che possa affrontare una situazione pericolosa o potenzialmente tale, poten-

dola risolvere senza che questa esiti in episodi di violenza ed aggressività oppure dia corso a una denuncia. Ed è proprio per questi motivi che in un tale contesto è assolutamente necessario che il MCA abbia una formazione *ad hoc*. La finalità è quella di fornire degli strumenti idonei per riconoscere le situazioni a rischio legate sia al contesto in cui si svolge la visita sia alla comunicazione col paziente e con tutto il suo ambito familiare, quando si effettua una visita domiciliare. Bisogna considerare il fatto che la CA rispetto alla medicina generale, manca di quello specifico rapporto fiduciario. Questo aspetto si può migliorare, oltre che con la formazione, stanziando il più possibile il MCA in una determinata sede al fine di seguire con più continuità i cittadini afferenti a quel determinato territorio.

Il MCA deve quindi essere addestrato ad aumentare le proprie competenze comunicative e relazionali a migliorare la propria *performance* nel lavoro d'équipe, nel saper conoscere ed utilizzare le tecniche assertive. Purtroppo nessuno insegna la comunicazione medico-paziente nel ciclo di studi universitario e che, anche nell'attività di CA, lo sviluppo della propria strategia comunicativa con il paziente è affidato al medico stesso.

### ► La sperimentazione dell'Az. Usl di Reggio Emilia

Ed è proprio da questi presupposti che è partita da alcuni anni una formazione sperimentale nell'Az. Usl di Reggio Emilia dove ricopro l'incarico di Coordinatore dell'Area della CA. Il caratteristico sviluppo delle criticità e della pianificazione pro-

gettuale effettuata è stato di tipo dinamico-operativo seguendo quelle linee guida proprie di un percorso didattico, auto-formativo ed esplorativo che si è andato perfezionando con un processo di approfondimento basato su un monitoraggio *by trials and errors* sul campo che è alla base della strategia progettuale a sua volta di tipo elastico e adattativo. Nel nostro caso questo procedimento è stato utilizzato nel processo formativo ed è finalizzato nell'analizzare, mettere alla prova, migliorare ed ottimizzare, ciascuna tecnica operativa e comunicativa utilizzata comunemente dagli operatori, strettamente e storicamente *self-made* in funzione dell'esperienza lavorativa personale. Ciò avviene in un nuovo contesto di *tactical training* affinato a testare le qualità e i riscontri positivi, ma anche le caratteristiche negative degli aspetti comportamentali, che possono manifestare tali operatori nel contatto e nel contesto lavorativo reale con l'utente.

Nel *modus operandi* sul campo, nella maggior parte dei casi, l'errore che potrebbe generare problemi comunicativi non viene percepito dall'operatore se non quando l'azione che l'ha provocato non sia stata rilevata e recepita dall'Azienda tramite una segnalazione o un reclamo dell'utenza. Il percorso che abbiamo tentato di esplorare riguarda la possibilità di affrontare le situazioni di criticità della CA in un'ottica di gestione del rischio in un sistema che non poggia solo su linee guida standardizzate ma sia alimentato dall'attiva iniziativa personale. La riduzione dell'effetto di un eventuale errore viene così legata anche alla sensibilizzazione e consapevolezza del MCA.

# Il tracollo europeo della Medicina

L'orientamento dei sistemi sanitari europei volti a contenere la spesa sanitaria ha di fatto limitato la sfera di intervento dei medici soprattutto nel campo della prevenzione, svuotando di fatto una delle mission principali della Medicina Generale e non solo

**Simone Matrisciano**

Uno spettro si aggira per l'Europa: è il fallimento della Medicina Generale che, dalla Gran Bretagna all'Italia, attanaglia le menti di operatori sanitari e pazienti. Uno spettro che però viene vissuto come l'ombra di qualcosa di ancor più grave: il tracollo della Medicina *tout court*. M.D. ne ha parlato con **Ovidio Brignoli**, Vice Presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg): "Siamo d'accordo sul fatto che la rotta del Sistema Sanitario Nazionale sia da correggere; ma il pilastro scelto per farlo è sbagliato. Il decreto appropriatezza non si pone l'obiettivo di razionalizzare il sistema, ma di limitare la spesa sanitaria, perdendo di vista il caposaldo della professione: in medicina ogni caso clinico è diverso dall'altro".

Disturbi derivanti da condizioni naturali, come dalla gravidanza o dalla menopausa, sono stati trasformati in malattie, ed è quindi importante riportare buon senso e raddrizzare le storture di un sistema malato, ma bisogna farlo nel modo giusto. "Prima di tutto bisogna interpellare i rappresentanti scientifici per capire quali siano i paletti entro i quali un medico possa muoversi in maniera adeguata nel percorso diagnostico-terapeutico", continua Brignoli. Insomma, a sentir parlare il vice presidente Simg pare proprio che solo i criteri della

verità scientifica, cioè della medicina basata sulle evidenze, uniti alle esigenze del singolo paziente, possano stabilire l'appropriatezza di una prescrizione e salvare, di conseguenza, la medicina in Italia. Se parliamo di processi di diagnosi e cura, vi sono certamente margini di miglioramento da parte dei medici: ma l'attenzione deve essere rivolta non solo alla quantità delle prescrizioni, ma alla qualità delle stesse: "sono aspetti imprescindibili - commenta Brignoli - ma si tratta di aspetti che appartengono ancora una volta alla cosiddetta 'medicina scientifica', e che non possono essere semplificati in un elenco burocratico. Per capire se un esame o un intervento diagnostico-terapeutico sia appropriato, è necessario osservare i risultati prodotti".

## ► Il ruolo delle società scientifiche

Le società scientifiche chiedono dunque un posto in prima fila per dare al medico di famiglia, col supporto delle linee guida, la possibilità di seguire un percorso diagnostico libero da condizionamenti burocratici e linee di condotta troppo severe e punitive. Tutto per scongiurare quello che appare non tanto come un attacco alla Medicina Generale, ma alla medicina *tout court*: "pensare che davanti ad una serie di sintomi presentati dal paziente il medico sia

condizionato e costretto nel percorso diagnostico significa, prima di tutto, fare del male al paziente".

Un provvedimento quindi che, se non da stracciare, è quantomeno da rivedere sin dall'impostazione generale. Un provvedimento che fa i conti, a detta di Brignoli, anche con la situazione tipica del nostro Paese, dove "spesso i legislatori sono costretti ad agire in questo modo perché chi è deputato ai controlli non fa il suo lavoro, e questo comporta decisioni drastiche. Non so se tecnicamente è possibile un ritiro del decreto, ma il minimo che si dovrebbe fare è rivederne l'intera impostazione. La medicina ha certamente alcuni indirizzi che possono essere normati, ma tutte le volte che un medico ha davanti un paziente, ha davanti un caso singolo che non ha eguali: questo deve essere chiaro. Noi, per esempio, sosteniamo il riferimento alle linee guida, ma siamo consapevoli che non si può pensare che un medico approcci ogni paziente sempre nello stesso modo perché le linee guida indicano quella strada".



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

# Specialità in MdF, realtà internazionale additata come paradosso in Italia

È da anni che molti medici di famiglia conducono una battaglia per il riconoscimento della MG come specialità e chiedono che siano istituiti dipartimenti universitari specifici anche, ma non solo, nel rispetto delle norme dell'Unione europea. Su questo argomento però è ancora acceso un fervente dibattito tra chi considera superfluo tale riconoscimento e chi per questo si prodiga

**Francesco Carelli** - EURACT Council Executive

**M**i chiedo come sia possibile che nel 2016 ancora si metta in discussione se la Medicina di Famiglia (MdF) sia una Specialità (M.D. 2016; 1:10-11) che costituisca un paradosso, mentre ritengo paradossale ancora tornare a discuterne dall'abc, con l'Italia fra i pochissimi paesi europei a non avere Dipartimenti di MdF e diretti da specialisti docenti in Medicina di Famiglia, al vertice di una piramide rovesciata, in fondo all'imbuto. Tutto questo come se si volesse ignorare, con una Italia incapsulata in un mondo avulso-etereo e tafazziano, che la Medicina di Famiglia mondiale e quella europea hanno prodotto mega documenti in cui la MdF è definita nei suoi requisiti di disciplina specifica, accademica e con suo ambito di didattica e di ricerca.

Un fatto gravissimo è semmai che la formazione specifica italiana esista da oltre venti anni attraverso la "proliferazione di una miriade di scuole a livello regionale"; ciò costituisce un disastro nel disastro. Si ritiene poi legittima la richiesta di questi "formati" di pretendere "pari dignità normativa ed economica" rispetto

agli specializzandi ospedalieri, ma si sottolinea che tale richiesta "si fondi più su motivazioni ufficiali e certificate e meno sul ruolo professionale effettivo nella pratica extra-ospedaliera". Si dichiara che "il lascito identitario della generazione di MdF italiana avviata al pensionamento non appare solido, come appare in altri paesi europei di lunga tradizione culturale e accademica in Medicina di Famiglia". Un'affermazione con cui sono in pieno disaccordo. Al riguardo tengo a sottolineare che nel nostro Paese vi sono stati e vi sono gruppi e manipoli di medici di grande valore, preparazione, che hanno tentato di tutto per dare alla Medicina Generale italiana quella dignità culturale che le spetta come disciplina medica. Tentativi che sono stati spesso vanificati dal silenzio ostruttivo di massa, anzitutto all'interno della stessa categoria! E proprio per questo non ci vuole molto a capire il perché di questa specifica negatività all'opposizione autolesionistica praticamente solo italiana.

Gli altri Paesi non hanno affatto una lunga tradizione culturale e accademica, solo alcuni (UK, DK, Holland),

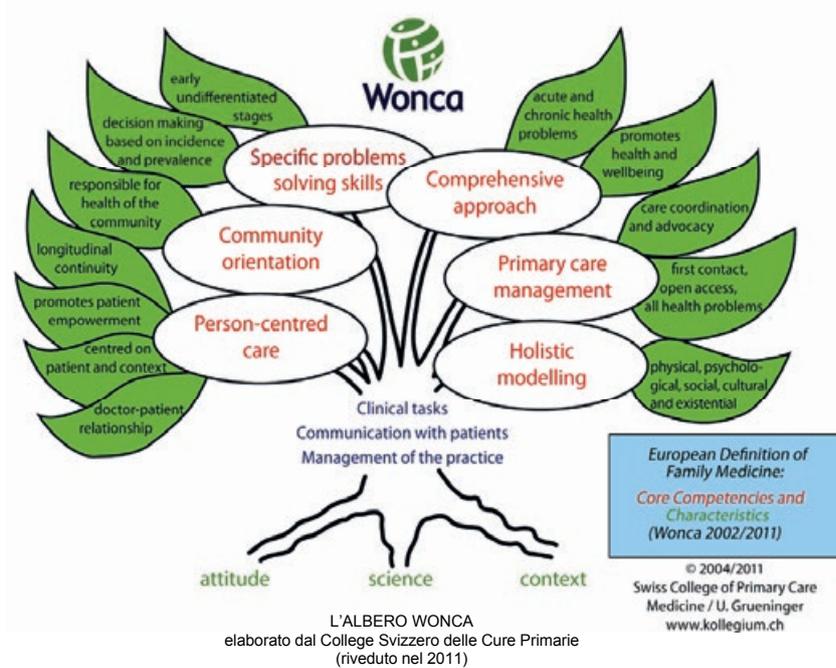
ma la maggior parte vi sono approdati più di recente aprendo orecchie e occhi, ascoltando le loro avanguardie, utilizzando gli strumenti dell'EURACT (*European Definition of Family Medicine, Educational Agenda, Performance Agenda, Checklist for Organisers, Statement on Selection for Teachers and Practices in Family Medicine, Statement on Undergraduate Teaching in FM, Statement on Specialist Training*, ecc). Mentre nel nostro Paese ci sono state solo tiepide aperture, assensi, ma non consensi tali da sbloccare la rigidità formativa della Medicina Generale, dandole la specificità che merita come disciplina. La connotazione specialistica è data proprio dal fatto che la Medicina di Famiglia è centrata sulla persona, è olistica, è *community oriented*, ha insomma specifiche *core competencies*. La specialistica non significa affatto riduzione, il ginecologo cura tutta la donna, il pediatra tutto il bambino, l'internista cura tutto il corpo, il generalista è specifico nelle sue competenze di approccio globale alla persona, infatti è specificamente anche il medico più amato.

► **MdF con special interest**

La figura del MdF *con special interest*, non è affatto recente, come invece si afferma nell'articolo pubblicato da M.D. In Italia se ne dibatte da tempo, da quando il Ssn ha cominciato a spostare il baricentro delle cure primarie sul territorio. Proprio per questo motivo potremmo asserire che i suoi connotati si adattano a rispondere a necessità organizzative. Nelle *multipractices* ogni MdF collabora a potenziarne i servizi, essendo ancora più esperto in un particolare settore, ma sempre inerente alla MdF nel suo complesso: di primo approccio, *community oriented*, olistica, *person centred*. Proprio per questo motivo saranno di serie A i MdF che avranno la capacità di esercitare il ruolo insito nella specificità della MG. Si rimane quindi sconcertati di fronte all'asserzione che sia un paradosso, addirittura "un po' ingenuo", la rivendicazione di uno status di specialista generalista (soprattutto quando si è ammesso che altri Paesi hanno una lunga e alta tradizione in senso culturale ed accademico).

Le *professional cards*, nella maggior parte di Europa, recano scritto *Family Medicine Specialist*, poi, magari dipartimento, tutor, insegnamento, ricercatore, mai e poi mai, *in primis*, come accade da noi, specialista in ogni specialità possibile, ma esercitante come convenzionato.

La rivendicazione di "una etichetta specialistica" non è affatto confinata nell'ambito sindacale, semmai il contrario, la guerra alla crescita è partita e parte da lì. È stato usato di tutto per fermare la marcia verso l'alto anche facendo fuori tutte le avanguardie coraggiose alla fine scappate oppure chiusesi in casa propria in attesa di pensione. E questo è il fatto più grave in assoluto



della diversità in negativo, per cui si può ormai parlare di ex-medicina di famiglia italiana (ormai comunque in *dismantling process*).

► **Corsi under graduate e dipartimenti gestiti da Mmg**

Ogni discorso in merito va completamente rovesciato. Esistono fior di documenti redatti dai migliori MdF europei, in anni di studio e stesura che potrebbero essere utilizzati sui tavoli politici, amministrativi, societari, sindacali per creare in *primis* i Corsi *under graduate* in ogni Università (Framework OMS - WONCA IN Dublino, 1998), successivamente i Dipartimenti gestiti da MdF e avere, pertanto, come conseguenza, pari dignità quindi anche contrattuale a livello nazionale pure per i tirocinanti in quanto non "di serie B". E nessun accademico, contrariamente a quanto paventato come scusa, avrebbe le competenze per gestire tutto ciò proprio perché i loro mondi sono specialistici e quindi alieni dal sapere come gestire la specificità della Medicina di Famiglia. Ma di cosa abbia-

mo o fingiamo di avere paura? Ma anche se la speranza è l'ultima a morire, il dibattito professionale, o meglio sindacale sulla "Bozza del disegno di legge delega in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane ex art. 22 del Patto per la Salute" non è affatto di buon auspicio. Sulla Formazione Medica ci sono ancora tante ipotesi e contrasti soprattutto sulla Medicina Generale come specialità. A poco sono serviti i recenti sforzi di un Osservatorio nazionale sulla formazione in MG, istituito dal Ministero della Salute e operativo dal 2009 al 2012, la cui proposta di un *core curriculum* per la Formazione specifica in Medicina Generale è giunta in Conferenza Stato-Regioni per poi arenarsi. Analogamente non risulta sia stata condotta una valutazione sistematica e periodica della qualità della formazione, benché prevista dalla normativa. Inoltre i Corsi di Formazione in MG appaiono ancor oggi accomunati principalmente da un rispetto formale del quadro normativo, ma non dalla condivisione di un quadro culturale di riferimento.

# Aggregazioni Funzionali Territoriali, tecnologia e codici bianchi

Le Aft per il coordinatore della Sisac rappresenterebbero l'asso nella manica per risolvere il problema del super affollamento dei Pronto Soccorso dai codici bianchi. Ma il problema è più complesso

**Giuseppe Belleri**

*Medicina Generale, Flero (BS)*

In una recente intervista inerente al rinnovo dell'ACN per la medicina cinvenzionata, il coordinatore Sisac **Vincenzo Pomo** ha affermato che il Pronto Soccorso (PS) è oberato di codici bianco/verdi perché la gente non trova un medico dalle 10 alle 14. La soluzione del problema per Pomo è nelle Aft *"organizzate in modo che ogni cittadino, territorio per territorio, saprà cosa c'è di disponibile dalle 8 alle 20 con la turnazione degli studi dei medici che dovranno obbligatoriamente integrarsi fra loro, non come succede oggi"*.

Nella realtà, evidentemente sconosciuta al coordinatore della Sisac, in alcune Regioni già ora la medicina in associazione prevede il coordinamento degli orari degli studi medici in modo da coprire tutta la giornata e per consentire agli assistiti di trovare sempre un medico disponibile. L'esperienza dimostra però che la soluzione non funziona, come possono testimoniare i colleghi della associazioni, specie nelle piccole realtà dove la gente preferisce andare al PS piuttosto che vagare alla ricerca di uno studio aperto a quell'ora, magari in paese vicini. Più che le Aft sarebbero le Uccp ben organizzate, riconoscibili e dotate di adeguate strut-

ture e personale ad attrarre potenzialmente una piccola parte di codici bianchi in cerca di una risposta al proprio bisogno di salute.

## ► Il gap tra domanda e offerta

A fare la differenza è il gap tra domanda ed offerta di prestazioni tecno-specialistiche dei PS e non saranno certo le Aft o il coordinamento degli orari di studi medici dispersi sul territorio a colmare tale crescente divario. Il Pronto Soccorso è il luogo organizzativo dove sono dispensate in tempo (quasi) reale e ad *libitum* tecnologia biomedica e/o prestazioni specialistiche, tant'è che il cittadino si rivolge alle strutture di emergenza non nel fine settimana, quando il generalista è "a riposo", ma proprio nelle fasce orarie della settimana quando lo stesso è in attività.

Il PS mette a disposizione tutta la sua potenza tecnologica di fuoco. La tecnologia biomedica infatti ha sconvolto il tradizionale metodo di approccio e risoluzione dei problemi, marca la differenza tra territorio ed ospedale ed attrae in modo irresistibile gli utenti del Ssn

verso il Pronto soccorso.

Il PS è divenuto il luogo elettivo in cui si palesano gli effetti psicologici e pratici, per non dire antropologici, della rivoluzione tecnologica che scorre ormai sotto i nostri occhi da almeno trent'anni. Non è un caso che abbia subito negli ultimi decenni, sotto la spinta sinergica della ristrutturazione economico-organizzativa del sistema (DRG e riduzione dei posti letto) e dell'impatto dell'evoluzione tecnologica, la più radicale metamorfosi e ristrutturazione di un servizio pubblico: da semplice stazione di smistamento ai reparti a complesso sistema organizzativo che attua un rigido filtro diagnostico-terapeutico all'accesso, offrendo prestazioni diagnostico-terapeutiche concentrate nel tempo e nello spazio come nessun altro servizio. Da questa offerta illimitata deriva l'attrattiva nei confronti di una domanda che fatica a trovare altre risposte su percorsi organizzativi ordinari (liste d'attesa, incombenze burocratiche, problemi economici ecc..).

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

# Turismo farmaceutico per gli anti-epatite C

È un fenomeno emergente quello di pazienti che chiedono anche al loro Mmg come procurarsi all'estero i farmaci innovativi per la cura dell'epatite C. EpaC, l'associazione che fornisce assistenza informativa sull'epatite e sulle patologie del fegato, ha ritenuto utile una puntualizzazione

“**S**empre più spesso ad EpaC Onlus pervengono richieste di chiarimento da parte di pazienti, familiari o medici curanti, volte a conoscere la posizione dell'Associazione con riferimento alla possibilità e alle corrette modalità per procurarsi all'estero farmaci innovativi contro l'epatite C, a fronte del fatto che in Italia sono dispensati dal Ssn solo per i casi più gravi ed urgenti, risultando, di fatto, inaccessibili per la stragrande maggioranza dei pazienti per il loro costo”. È quanto si legge su [www.epac.it](http://www.epac.it), che ha ritenuto utile puntualizzare, con la consulenza di uno studio legale, alcune indicazioni per bilanciare le esigenze di accesso alle cure e il rispetto dei limiti posti dalla normativa a tutela della salute pubblica. Un tema “caldo” quello della tutela della salute di questi pazienti, tenendo conto anche che l'OMS ha diramato un'allerta, ripresa da AIFA, per due medicinali contro l'epatite C contraffatti in circolazione nel Sud Est Asiatico, e per i quali non è possibile garantire qualità, sicurezza ed efficacia (spesso si tratta di medicinali che non contengono ingredienti attivi, o che contengono ingredienti attivi differenti, oppure presenti in quantità o qualità diverse da quelle indicate).

## ► Puntualizzazioni

La legislazione sul tema fa riferimento soprattutto al Decreto Legislativo n. 219 del 24/4/2006 e al DM 11.2.1997.

**1** Secondo i principi generali, nessun medicinale può essere commercializzato in Italia senza autorizzazione dell'AIFA o a livello comunitario. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque metta in commercio medicinali per i quali l'AIC non è stata rilasciata o confermata, o è stata sospesa o revocata, o medicinali aventi una composizione diversa da quella dichiarata o autorizzata, è punito con l'arresto sino ad 1 anno e con l'ammenda da € 2.000 ad € 10.000 (le pene sono ridotte della metà se la difformità riguarda esclusivamente gli eccipienti e non abbia rilevanza tossicologica).

**2** In deroga a tale principio, è ammesso l'acquisto per il solo uso personale di medicinali regolarmente autorizzati in un Paese estero in due ipotesi legislativamente individuate.

### ► Farmaci importati dall'estero su richiesta del medico curante

Il medico che ritenga opportuno sottoporre un paziente ad un trattamento con un medicinale regolarmente autorizzato in un Paese estero, ma non in Italia, è tenuto a predisporre e ad inviare al Ministero della Sanità, all'Ufficio di competenza, la documentazione (nome del medicinale, forma farmaceutica; ditta estera produttrice; dichiarazione che il medicinale sia autorizzato nel paese di provenienza; quantitativo di cui si chiede l'importazione; esigenze che giustificano il ricorso al medicinale; dichiarazione di utilizzazione del medicinale sotto la propria diretta responsabilità).

L'importazione deve essere giustificata da oggettive ragioni di eccezionalità (mancanza di una valida alternativa terapeutica), la quantità di farmaco di cui si chiede l'importazione deve corrispondere ad un trattamento non superiore a 90 giorni e la spesa per l'acquisto del medicinale è a carico del paziente (salvo che il farmaco venga richiesto da una struttura ospedaliera per l'impiego in ambito ospedaliero).

### ► Farmaci che vengono importati dal viaggiatore

Il viaggiatore che rientri in Italia può portare con sé farmaci registrati in altri Paesi purché destinati ad uso personale (trattamento terapeutico non superiore a 30 giorni). In una nota dell'Ufficio Centrale Stupefacenti del Min. della Salute, nella prassi, per quantitativi che eccedano un presumibile consumo di 30 giorni di terapia, le autorità sanitarie e doganali di frontiera possono richiedere al passeggero l'esibizione della prescrizione medica, nella quale sia riportata la (diversa) posologia. La stessa indicazione si rinviene nella Carta doganale del viaggiatore, diramata dall'Agenzia delle Dogane, con riferimento ai viaggi da e verso i Paesi extra UE.

**3** In Italia non è ammessa la compravendita on-line dei farmaci in questione, neppure tramite siti internet di altri Paesi, essendo vietata la fornitura a distanza al pubblico dei medicinali con obbligo di prescrizione medica.

# Focus sui farmaci equivalenti nell'HIV

Al "Workshop di Economia e Farmaci" sull'HIV è stata riaffermata, sulla base dei risultati di uno studio di real life, la bioequivalenza tra farmaci originali ed equivalenti nella terapia antiretrovirale

I WEF - Workshop di Economia e Farmaci si occupa di studiare le patologie a più elevato impatto sulla spesa, per valutarne le dimensioni cliniche, economiche e sociali e fornire alle Istituzioni le evidenze necessarie a prendere decisioni solide. Il focus del 2° WEF-HIV, svoltosi a Milano (9/2015) è stato il confronto tra innovazione e sostenibilità. Particolare enfasi è stata data all'utilizzo dei farmaci equivalenti nell'HIV e al loro ruolo nella liberazione di risorse. Grazie all'esperienza dell'IRCCS San Raffaele di Milano sono stati presentati nuovi dati di uno studio caso-controllo, della durata di 12 mesi su 682 pazienti HIV+ in trattamento antiretrovirale per valutare efficacia e tollerabilità della terapia su due gruppi di pazienti, uno passato ai farmaci equivalenti e l'altro tenuto in trattamento con gli originatori. La ricerca è stata realizzata con il supporto non condizionato di Mylan.

## ► Studio di real life

**Adriano Lazzarin**, primario della Divisione di malattie infettive dell'IRCCS San Raffaele di Milano, ha commentato i risultati dello studio: "All'arrivo nell'armamentario terapeutico regionale di molecole equivalenti impiegate negli schemi di terapia dei pazienti seguiti presso il nostro Centro, abbiamo voluto verificare in pratica clinica i risultati conseguenti allo switch da branded vs generici di alcune molecole antiretrovirali. A partire da settembre 2014, 341 pazienti, con il loro

consenso, sono passati dalla terapia con farmaco brand a un regime con l'equivalente della stessa molecola. Dopo 6 mesi di osservazione non abbiamo riscontrato un aumento di ridotta efficacia o aumentata tossicità rispetto al gruppo di controllo in terapia con i branded". La sovrapponibilità è stata confermata anche al controllo effettuato a 12 mesi. "A fronte di risultati convincenti e incoraggianti sotto l'aspetto della tossicità ed efficacia, non va trascurato il fatto che la riduzione dei costi può essere di aiuto nel favorire il processo di ottimizzazione del rapporto costi/benefici nella gestione del paziente sieropositivo".

**Roberto Cauda**, direttore dell'UOC di Malattie infettive del Policlinico Gemelli di Roma, aggiunge: "Uno studio atto a valutare l'efficacia e sicurezza dello switching ha mostrato che non ci sono significative differenze di fallimento o treatment-discontinuation nei pazienti che sono passati dal branded al generico dopo 6 mesi di follow-up rispetto ai pazienti non-switchers, in termini di tossicità, efficacia, semplificazione ed interazioni farmacologiche. Inoltre, bisognerebbe che analoghi studi, magari frutto di osservazioni condotte nella real life, facendo ricorso alle due grandi coorti italiane che seguono soggetti HIV+, ICONA ([www.fondazioneicona.org](http://www.fondazioneicona.org)) e MASTER ([www.mastercohort.it](http://www.mastercohort.it)), si aggiungessero a questa iniziale esperienza con l'intento di aumentare la prescrizione di farmaci equivalenti mantenendo la stessa Standard of Care".

"Si possono creare i presupposti per liberare risorse importanti che possono/devono essere riutilizzate per finanziare l'innovazione. Questo richiede una presa di posizione decisa da parte dei decisori che, mediante l'utilizzo di normative chiare, stabiliscano questo percorso e accelerino quanto più possibile la disponibilità e l'utilizzo degli equivalenti, per esempio, facilitando i percorsi di rinegoziazione degli equivalenti in ospedale al momento di entrata di un generico sul mercato", chiarisce **Francesco Saverio Mennini**, professore di Economia sanitaria all'Università Tor Vergata di Roma.

**Massimo Oldrini**, presidente della Lega italiana per la lotta contro l'Aids (Lila), continua: "Da questa panoramica emerge evidente che questi farmaci sono un'importante opportunità. Essendo equivalenti, hanno mostrato una comprovata efficacia nel trattamento dell'infezione, oltre ad una garanzia di sicurezza. In aggiunta, il risparmio generato dall'utilizzo di generici potrà liberare risorse che potranno essere investite per l'accesso al mercato di farmaci innovativi".

"In Italia Mylan è al primo posto nel mercato degli antiretrovirali di riferimento; il nostro impegno in HIV, a fianco dei pazienti e della comunità scientifica, continua con nuove progettualità uniche e distintive, per promuovere la ricerca e garantire ai pazienti la miglior soluzione terapeutica efficace e sostenibile" conclude **Cinzia Falasco Volpin**, Amministratore Delegato Mylan Italia.

# AGGIORNAMENTI

---

---

---



## ■ **DIABETOLOGIA**

*Le migliori pratiche per la cura del DMT2 negli anziani*

## ■ **ONCOLOGIA**

*Immunoterapia, nuova frontiera nella lotta ai tumori*

## ■ **OFTALMOLOGIA**

*Identikit della sindrome dell'occhio secco*

## ■ **SINDROME METABOLICA**

*Ruolo protettivo di metformina e pattern mediterraneo*

## ■ **TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE**

*Dabigatran, primo NAO con l'inattivatore specifico*

## ■ **UROLOGIA**

*Up to date su invecchiamento e patologie prostatiche*

## ■ **PREVENZIONE**

*Let's dance? Sì perché fa bene al cuore*

## ■ DIABETOLOGIA

### Le migliori pratiche per la cura del DMT2 negli anziani

**I**ndividuare le migliori pratiche per il trattamento del diabete di tipo 2 nei pazienti anziani dalle evidenze cliniche. È su tale necessità che è stata condotta una revisione di quattro grandi studi clinici randomizzati (UKPDS, ACCORD, ADVANCE, VADT). La ricerca nasce dall'esigenza di colmare la mancanza di dati disponibili su campioni di popolazione over 65 (in particolare sui pazienti di età >80 anni) relativamente allo studio degli effetti di un regime di controllo glicemico intensivo. I risultati della revisione mostrano in particolare che questa misura non riduce il rischio di complicanze macrovascolari, né migliora gli esiti di quelle microvascolari e che, al contrario, un controllo eccessivo dei livelli di emoglobina glicata può causare un'ipoglicemia da 1.5 a 3 volte più grave.

#### ▶ Rischio di ipoglicemia

Il rischio di ipoglicemia può aumentare anche a causa di ridotte funzioni cognitive, età avanzata e durata del diabete, uso concomitante di farmaci, frequenti ospedalizzazioni, nonché l'impiego di insulina rispetto ad altri farmaci.

Le evidenze disponibili suggeriscono

no di individuare un target glicemico personalizzato sulle effettive caratteristiche ed esigenze di ciascun paziente e di non scendere sotto la soglia del 7.5% relativamente al valore di emoglobina glicata nei pazienti anziani, perché gli effetti negativi sarebbero maggiori dei benefici. Inoltre, dai quattro studi emerge l'importanza di ascoltare le preferenze dei pazienti in merito al tipo di regime di controllo glicemico da adottare e di condividere le scelte terapeutiche con loro, includendoli direttamente nel processo decisionale, puntando il più possibile alla minimizzazione della politerapia. Tenuto conto di tutte queste indicazioni, se alla fine il target glicemico non dovesse essere raggiunto è preferibile modificare quest'ultimo anziché intensificare il trattamento antidiabetico.

#### ▶ Indicazioni italiane

I suggerimenti emersi dalla revisione sono in linea con quanto elaborato dal Gruppo di lavoro "Diabete nell'anziano" dell'AMD (Associazione Medici Diabetologi) nel documento "Il Diabete nell'Anziano Fragile: Istruzioni per l'uso". Anche per AMD è opportuna l'identificazione di un obiettivo glicemico meno re-

strittivo nei soggetti diabetici anziani di età avanzata, fragili, affetti da comorbidità e conseguente riduzione dell'aspettativa di vita.

Possono pertanto essere proposti obiettivi di HbA1c più stringenti 53-58 mmol/mol (<7%-7.5%) per pazienti autosufficienti, con condizioni generali buone e aspettativa di vita di almeno 8-10 anni; obiettivi meno restrittivi 64-69 mmol/mol (<8.0-8.5%) per pazienti fragili con importanti comorbidità o con una aspettativa di vita breve.

Gli obiettivi metabolici dovranno essere perseguiti in sicurezza, evitando o cercando di ridurre al minimo il rischio di ipoglicemia; si consiglia il perseguimento di una glicemia a digiuno <108 mg/dl - 6.0 mmol/L e di non iniziare un trattamento ipoglicemizante se la glicemia a digiuno non è stabilmente >126 mg/dl - 7.0 mmol/L.

Può succedere, evenienza non infrequente, che il paziente diabetico anziano presenti una o più comorbidità e debba assumere una politerapia; condizioni, entrambe, che rendono il paziente più fragile e pronò all'ipoglicemia, agli effetti collaterali e alle interazioni tra farmaci. Il rischio di grave ipoglicemia, potenzialmente fatale, raddoppia nel grande anziano che assume farmaci per il diabete e politerapie.

#### Bibliografia

- Lipska KJ et al. Polypharmacy in the aging patient. A review of glycemic control in older adults with type 2 diabetes. *JAMA* 2016; 315: 1034-45.

- [www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it)

## ■ ONCOLOGIA

### Immunoterapia, nuova frontiera nella lotta ai tumori

**A**l 2014 oltre 2.9 milioni di italiani hanno avuto una diagnosi di tumore nel corso della loro vita, con le donne che mostrano una più alta prevalenza (56%) rispetto agli uomini (44%). Per quanto riguarda l'incidenza, ogni anno vengono diagnosticati circa 1.000 tumori al giorno, con un tasso di circa 6 casi ogni 1.000 persone, maggiore negli uomini (6.9/1.000 abitanti/anno) che nelle donne (5.4/1.000 abitanti/anno). Tuttavia, confrontando i dati del 1996 con quelli del 2014, si nota un significativo decremento della mortalità, del 18% tra gli uomini e del 10% tra le donne. Questi dati sono stati recentemente presentati dal Prof. **Walter Ricciardi**, Presidente dell'ISS, intervenuto a Roma al Corso "Immunoterapia: la nuova frontiera per la lotta ai tumori", promosso dal Master di comunicazione scientifica della Sapienza con il supporto di MSD Italia.

#### ► Prospettive di trattamento

L'immunoterapia è considerata ormai il quarto pilastro nel trattamento del cancro insieme a chemioterapia, chirurgia e radioterapia. Questa strategia ha dimostrato grandi potenzialità per il trattamento di diverse forme di tumori solidi ed ematologici, grazie a

possibilità di combinare diversi agenti (e dunque diversi meccanismi d'azione); "memoria immunologica" che contribuirebbe all'adattabilità della terapia e quindi a migliorare i risultati a lungo termine; profili di sicurezza unici di queste terapie; il fatto di avere come bersaglio non il tumore ma il sistema immunitario, che permetterebbe di agire trasversalmente contro tumori diversi. L'elemento chiave è stata la scoperta dei *checkpoint inhibitors*, molecole chiave coinvolte nei meccanismi che permettono al tumore di evadere il controllo del siste-

I principali tipi di terapie immuno-oncologiche comprendono:

- **Anticorpi monoclonali:** sono versioni delle proteine del sistema immunitario, prodotte dall'uomo; gli anticorpi possono essere progettati per attaccare una parte molto specifica della cellula tumorale.
- **Vaccini contro il cancro:** sostanze introdotte nell'organismo per provocare una risposta immunitaria contro certe malattie.
- **Immuno-terapie non specifiche:** trattamenti che stimolano il sistema immunitario in modo generico, e che possono aiutare il sistema immunitario ad attaccare le cellule tumorali.

ma immunitario. Queste molecole possono diventare bersaglio di anticorpi monoclonali che, inibendo i checkpoint, riattivano la risposta immunitaria anti-tumorale.

"Il melanoma è una delle neoplasie nelle quali è stato condotto il maggior numero di studi clinici con agenti immunoterapici, con risultati importanti sulla sopravvivenza, sia globale che libera da progressione. Un'altra neoplasia nella quale l'immunoterapia sta aprendo nuovi scenari di trattamento, con un notevole miglioramento dei tassi di sopravvivenza, è il tumore del polmone non a piccole cellule" - ha spiegato **Paolo Marchetti**, Direttore Dipartimento di Oncologia Medica, Ospedale Sant'Andrea Roma. "Inoltre l'immunoterapia sta contribuendo a migliorare le prospettive di trattamento di molte altre forme tumorali, tra cui il carcinoma renale e il tumore di testa e collo, con risultati promettenti che fanno ben sperare per il futuro.

Attualmente sono in studio diversi agenti immunoterapici - continua Marchetti. Sicuramente lo scenario futuro prevede un riscontro importante, con un guadagno dal punto di vista della sopravvivenza per molte neoplasie che fino a poco tempo fa avevano prognosi decisamente più sfavorevoli di quelle che potranno avere da qui a pochi anni".



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

## ■ OFTALMOLOGIA

### Identikit della sindrome dell'occhio secco

**L**a sindrome dell'occhio secco (Dry Eye Syndrome - DES) è tra le condizioni patologiche più frequenti in ambito oftalmologico ed è una tra le cause di frequente richiesta di consulto in Medicina Generale. Non sono disponibili dati certi sulla sua prevalenza in Italia, tuttavia è comune nei soggetti di età >55 anni, aumenta con l'età, viene segnalata un'elevata incidenza nel sesso femminile. Si tratta di una patologia così complessa e determinata da una molteplicità tale di fattori, da aver reso difficile l'identificazione di parametri unici per una sua classificazione.

La classificazione del National Eye Institute ha diviso la DES in due gruppi:

- **ipolacrimie provocate da una ridotta produzione di lacrime.** A loro volta si dividono in ipolacrimie da sindrome di Sjögren e da altri fattori (patologie della ghiandola lacrimale, ostruzione dei dotti lacrimali, perdita della lacrimazione riflessa da herpes, diabete, lenti a contatto);
- **dislacrimie provocate da aumentata evaporazione del film lacrimale non compensata da un aumento della secrezione** (alterazione palpebrale, blefariti, malattie sistemiche, menopausa, farmaci).

L'occhio secco può presentarsi con quadri obiettivi e sintomatologici aspecifici e soggettivi. Nella fase iniziale sintomi più comuni sono, tra gli altri, bruciore e prurito, lacrimazione irregolare, bisogno di lavarsi e strofinarsi continuamente gli occhi, secrezione mucosa e di filamenti. In quadri clinici più avanzati si aggiungono sintomi tipici che possono essere dirimenti per la diagnosi: sensazione di corpo estraneo legata al ridotto spessore del film lacrimale, secchezza oculare, fotofobia, dolore anche notturno legato alle alterazioni corneali, disturbi della visione legati all'astigmatismo irregolare che si crea sulla superficie corneale alterata.

#### ► Cause e diagnosi

Stili di vita non corretti, disfunzioni metaboliche e ormonali, aumento delle temperature medie ambientali, aree ad elevato inquinamento, sono solo alcune fra le più frequenti cause degli stati disidratati. Anche l'abuso di lenti a contatto e l'utilizzo in maniera continuativa di PC possono contribuire al determinarsi dell'occhio secco, così come l'utilizzo di alcuni farmaci (antidepressivi, ansiolitici, decongestionanti nasali,

contraccettivi orali, ecc).

Molte sindromi autoimmuni, inclusi ipo- e ipertiroidismo, artrite reumatoide, LES, sclerosi multipla, hanno effetti negativi sulle cellule e sulle ghiandole deputate alla produzione del film lacrimale.

In molti di questi casi, l'elemento che può fare la differenza e portare da sintomi minori a una DES da moderata a grave è una combinazione di questi fattori.

Un'accurata anamnesi e l'esame obiettivo possono portare facilmente alla diagnosi. La biomicroscopia digitalizzata con lampada a fessura è uno degli esami fondamentali. Inoltre in ambito specialistico vengono utilizzate anche altre indagini (meibografia, interferometria del film lacrimale, test di Schirmer).

#### ► Terapia

Colliri a base di sostanze che possiedono azione detergente, lubrificante e umettante delle lacrime naturali sono l'unico sostituto del film lacrimale precorneale. Tuttavia un loro uso inconsiderato da parte del paziente può essere causa di cheratiti o di forme irritative di congiuntivite. Esistono comunque molte strategie terapeutiche che vanno individuate in maniera sempre personalizzata per ciascun paziente in base alla storia e severità della malattia. Tra queste si annoverano sostituti lacrimali biologici, terapia antinfiammatoria mirata, probing (pulizia delle ghiandole di Meibomio), lipi-flow, luce pulsata, occlusione dei puntini lacrimali.

## ■ SINDROME METABOLICA

### Ruolo protettivo di metformina e pattern mediterraneo

**A**lcune ricerche osservazionali segnalano che metformina potrebbe essere associata a una minore incidenza di tumori e di eventi cardiovascolari in pazienti diabetici. Inoltre è ben noto il ruolo protettivo della dieta mediterranea: sperimentazioni cliniche suggeriscono che questo tipo di dieta sia efficace nel fare regredire la sindrome metabolica, e diversi studi osservazionali dimostrano che può essere associata a una minore incidenza di malattie cronic-degenerative.

#### ► Studio italiano

Su questi presupposti, presso l'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) di Milano è partito il reclutamento di volontari per "MeMeMe", uno studio che valuterà l'efficacia di dieta mediterranea e metformina nella prevenzione primaria delle malattie croniche legate all'età, in soggetti sani ma a maggior rischio perché affetti da sindrome metabolica.

"L'ipotesi da cui partiamo è che una frazione importante dell'incidenza e della mortalità per malattie croniche, circa il 25-33%, potrebbe essere prevenuta sia attraverso un cambiamento complessivo, radicale ma sostenibile, dello stile di vita, sia con

un trattamento chemiopreventivo con metformina, un farmaco il cui meccanismo d'azione include l'attivazione degli stessi geni messi in moto dalla restrizione calorica e dall'attività fisica" - spiega a **M.D. Patrizia Pasanisi**, specialista in Epidemiologia e nutrizionista dell'INT. Lo studio MeMeMe avrà una durata di cinque anni e recluterà 2 mila persone con sindrome metabolica di età tra i 55 e i 75 anni, da randomizzare in quattro gruppi (500 persone ciascuno), che riceveranno uno dei seguenti trattamenti:

- metformina (1700 mg/die) più intervento attivo di stile di vita;
- placebo + intervento attivo di stile di vita;
- metformina (1700 mg/die);
- placebo.

Sono escluse dal trial le persone già diabetiche, con insufficienza renale o che hanno già avuto infarti o tumori maligni.

"Non ci sono particolari effetti collaterali - aggiunge Pasanisi. La metformina è un farmaco sicuro usato da più di 50 anni in pratica clinica. Nello studio, prima della randomizzazione, è prevista una fase di 'prova' in cui tutti i potenziali partecipanti ricevono un trattamento iniziale per 30 giorni con metformina 500 mg, somministrata

per la valutazione di eventuali effetti indesiderati. Al termine di questi 30 giorni lo studio prevede la randomizzazione in metformina o placebo. Il partecipante riceverà un flacone con 62 compresse di metformina 850 mg o di placebo da assumere però ancora in un'unica pillola/die per due mesi. Solo al termine di questi ulteriori due mesi il partecipante assumerà la dose piena prevista, di due pillole al giorno (metformina o placebo). Nel caso in cui qualcuno accusasse disturbi potenzialmente attribuibili al farmaco, dopo il secondo mese potrà ridurre la dose ad una sola pillola al giorno".

Per quanto riguarda la dieta, tutti i partecipanti riceveranno raccomandazioni generali per la prevenzione dei tumori, del diabete e delle malattie CV. I partecipanti randomizzati nel gruppo di intervento saranno invitati a seguire quattro corsi di cucina e a partecipare mensilmente a un pranzo o a una cena e a incontri informativi per rafforzare il proprio impegno nell'adottare uno stile di vita preventivo.

*Per ulteriori informazioni sullo studio e per Mmg che hanno pazienti disponibili a partecipare Patrizia Curtosi, Relazioni Esterne - SC Unità Epidemiologia e Prevenzione, INT diana@istitutotumori.mi.it 02.23902868*



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

## ■ TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

### Dabigatran, primo NAO con l'inattivatore specifico

**A**cquistereste oggi un'auto senza air bag? No di certo, anche se si auspica che non vi sia necessità di utilizzarlo. Il riferimento può ben adattarsi alla disponibilità anche in Italia di idarucizumab, farmaco specifico in grado di inibire l'effetto anticoagulante di dabigatran, l'inibitore diretto della trombina, nei rari casi in cui questo debba essere rapidamente contrastato.

#### ► Maggiore serenità prescrittiva di dabigatran

La disponibilità in pratica clinica di idarucizumab, un frammento di anticorpo umanizzato (Fab), fornisce dunque al clinico un ulteriore elemento per la maggiore serenità prescrittiva per dabigatran, il primo nuovo anticoagulante orale per il quale esiste un inattivatore specifico che ne neutralizza gli effetti terapeutici in maniera rapida e sostenuta nel tempo. Idarucizumab, rappresenta un importante progresso clinico, che offre maggiore sicurezza ai pazienti e che può essere utilizzato in situazioni di emergenza: interventi e procedure chirurgiche urgenti, sanguinamento potenzialmente fatale o non controllato. "A distanza di tre anni d'uso in Italia

di dabigatran in pratica clinica per la prevenzione dell'ictus nei pazienti con fibrillazione atriale (FA) non valvolare e nel tromboembolismo venoso le eventuali poche remore per un suo uso in termini di sicurezza vengono contrastate, oltre che dalla disponibilità dell'"air bag" idarucizumab, anche da una importante mole di pubblicazioni dal mondo reale, che confermano pienamente i dati di sicurezza ottenuti negli studi di clinici" - ha puntualizzato a **M.D. Giuseppe Di Pasquale**, Direttore UO di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Bologna.

Recentemente sono stati pubblicati i risultati di una metanalisi su oltre 300.000 pazienti trattati con dabigatran che dimostrano che gli stessi endpoint di efficacia e sicurezza ottenuti nello studio RE-LY (Randomized Evaluation of Long-term anticoagulant therapy) sono esattamente riproducibili nel mondo reale, cioè prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica in soggetti con FA, evidenziando inoltre un rischio ridotto di emorragie intracraniche, di sanguinamenti totali e sanguinamenti maggiori. Una delle incertezze sui NAO, che hanno effettivamente modificato il paradigma di gestione della FA, era relativo

al loro uso nella popolazione anziana, che presenta un elevato rischio tromboembolico ed emorragico". In realtà studi di real world hanno dimostrato che proprio negli anziani si ottengono i maggiori benefici in termini di riduzione di emorragie, in particolare emorragia cerebrale, la complicanza più temibile dell'anticoagulazione. E gli anziani nel passato sono stati spesso esclusi dall'anticoagulazione proprio per questo timore. Quindi la disponibilità di un inattivatore specifico costituisce un'opportunità per ampliare il trattamento anticoagulante a una coorte più estesa di pazienti.

#### Bibliografia

- Eikelboom JW et al. Idarucizumab - The antidote for reversal of dabigatran. *Circulation* 2015; 132: 2412-22
- Pollack CV Jr et al. Idarucizumab for dabigatran reversal. *N Engl J Med* 2015; 373: 511-20.
- Aronis KN et al. *J Thromb Thrombolysis* 2016; 41: 253-72.
- The RE-LY study: Randomized Evaluation of Long-term anticoagulant therapy: dabigatran vs. warfarin. *Eur Heart J* 2009; 30: 2554-5.
- Graham DJ et al. Cardiovascular, bleeding, and mortality risks in elderly medicare patients treated with dabigatran or warfarin for nonvalvular atrial fibrillation. *Circulation* 2015; 131:157-64.
- Villines TC et al. A comparison of the safety and effectiveness of dabigatran and warfarin in non-valvular atrial fibrillation patients in a large healthcare system. *Thromb Haemost* 2015; 114: 1290-1298.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Giuseppe Di Pasquale

## UROLOGIA

### Up to date su invecchiamento e patologie prostatiche

Nell'ambito del 31° Congresso EAU (European Association of Urology) di Monaco (12-14 marzo 2016) tra i temi riguardanti i disturbi legati all'invecchiamento iperplasia prostatica benigna e ca prostatico sono stati ampiamente trattati. In questo contesto è stata innanzitutto ribadita l'importanza dell'attenta valutazione del paziente sintomatico utilizzando PSA e nuovi marcatori biologici per identificare i casi sospetti.

Su questi temi il Direttore Urologia e Direttore Scientifico dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano, **Francesco Montorsi**, ha illustrato a *M.D.* una panoramica dal Congresso.

"Di fronte a un paziente con elevato PSA sarebbe necessario una valutazione non invasiva, prima di ricorrere alle biopsie, con una risonanza magnetica multiparametrica della prostata. Tale metodica sta acquisendo un ruolo sempre più importante nella diagnosi precoce nei pazienti con sospetto tumore della prostata, sia se dovuto ad un PSA elevato o ad un'esplorazione rettale o ecografia transrettale della prostata anomala. Fino ad oggi in questi pazienti

veniva suggerita l'esecuzione di biopsie prostatiche ecoguidate, ma solo il 40% risulta effettivamente positivo. Con la RM multiparametrica le biopsie vengono mirate selettivamente alle lesioni identificate.

In assenza di patologia tumorale sono disponibili terapie mediche ben consolidate in grado di migliorare i disturbi delle basse vie urinarie (alfa bloccanti, inibitori delle 5-alfa reduttasi, inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5). A queste si affiancano presidi di derivazione naturale, che possiedono un ruolo non marginale soprattutto in campo antinfiammatorio, a patto che il paziente sia persistente alla terapia. Se il paziente dovesse mostrare sintomi ostruttivi persistenti che mettono in discussione la sua qualità di vita l'intervento chirurgico è l'altra opzione terapeutica".

#### ► Chirurgia mininvasiva

Proprio nel corso del congresso una sessione è stata dedicata alla chirurgia mininvasiva per la cura dell'IPB, in particolare alla tecnica endoscopica mediante laser ad Holmio. La metodica consente di risolvere l'ostruzione prostatica

anche per l'enucleazione di adenomi prostatici molto voluminosi (sopra i 100 g), di solito trattati con l'intervento chirurgico tradizionale a cielo aperto. In questi casi i vantaggi del laser diventano ancora più evidenti poiché con l'intervento tradizionale il catetere vescicale deve essere tenuto per 4-5 giorni con un ricovero chiaramente più lungo e un decorso ospedaliero più sofferto.

Numerosi studi di confronto con la TURP (Trans Urethral Resection of the Prostate) hanno dimostrato che le metodiche sono sovrapponibili in termini di efficacia. A vantaggio della tecnica laser sono risultati significativi il ridotto tempo di cateterizzazione post-operatoria, che si accompagna all'assenza di disturbi e la più breve degenza ospedaliera; inoltre la tecnica laser consente di ridurre al minimo le perdite di sangue intraoperatorie.

Nei pazienti trattati con laser ad Holmio è sempre possibile eseguire un esame istologico del tessuto prostatico asportato, a differenza di altre metodiche. Sono state proposte alternative con altri tipi di laser piuttosto che con bisturi bipolari, con risultati interessanti".



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

## ■ PREVENZIONE

### Let's dance? Sì perché fa bene al cuore

**A**umentare il livello di attività fisica per ridurre del 20% le morti per patologie cardio-cerebro-vascolari è tra gli obiettivi dell'*Impact Goals 2020* dell'American Heart Association (AHA). Secondo le indicazioni dell'AHA negli adulti 150 minuti di attività fisica moderata o 75 di attività intensa o una loro combinazione a settimana riducono il rischio di coronaropatie ([www.heart.org](http://www.heart.org)). Inoltre è ormai certo che l'attività fisica è un presidio fondamentale nella prevenzione e trattamento di diabete e obesità. Obiettivi in linea con i risultati di uno studio presentato al congresso *Epidemiology and Prevention Lifestyle and Cardiometabolic Health 2016* dell'AHA che dimostrano che sono sufficienti 4 mesi di un corso di danza per migliorare la forma fisica e la velocità di camminata, condizioni che hanno la potenzialità di ridurre il rischio CV (Abs P246). Nella ricerca i partecipanti hanno seguito il programma "BAILAMOS", che include merengue, bachata, cha cha cha, salsa, comprendente due lezioni di danza/settimana per 4 mesi o a frequentare un programma educativo. Dopo 4 mesi, i ricercatori hanno evidenziato che i "salseri" camminavano più velocemente ed erano più performanti dal

punto di vista fisico, rispetto all'inizio dello studio. In particolare erano in grado di coprire una distanza di 400 metri in meno di 392", rispetto ai 430" impiegati nel test iniziale. Per contro, le persone del gruppo "educazione sanitaria" non hanno mostrato grandi miglioramenti.

#### ▶ Ipertensione arteriosa

Al recente congresso della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare di Napoli si è svolta una "lifestyle session" dedicata al ruolo della danza negli ipertesi. È stato ad esempio dimostrato che, riducendo di 2 mmHg la PAS in soggetti di mezza età, si riduce del 7% il rischio di mortalità per ischemia e altre cause CV e del 10% il rischio di mortalità da ictus. Un'attività fisica regolare consente di abbassare mediamente la PAS di 3.1 mmHg. **Massimo Volpe**, ordinario di cardiologia dell'Università "La Sapienza" di Roma ha chiarito: "In generale gli sport più indicati in questi soggetti sono quelli con metabolismo aerobico - dunque di resistenza piuttosto che di potenza - e a medio o basso impegno cardiocircolatorio. La danza non solo possiede queste caratteristiche, ma porta anche benefici psicologici per la sua

natura piacevole, sia se praticata da soli o in compagnia. Può essere percepita come un hobby piuttosto che come uno sforzo fisico imposto o una terapia, ed ha così tanti stili e forme che può essere adattata a qualunque età e condizione".

#### ▶ Studio "Ballando"

Rendere complianti i pazienti adulti a un programma di attività fisica rimane un percorso complesso. Su questo assunto un gruppo di ricercatori, tra cui **Giulio Marchesini**, Ordinario di Tecniche Dietetiche, Università di Bologna, ha condotto lo studio "BALLANDO" (Benefici dell'Attività Ludica sui Livelli di A1c e grasso viscerale nel Diabete e Obesità) (*Diabetol Metab Syndr 2014; 6: 74*). Obiettivo era valutare gli effetti cardio-metabolici e psicologici del ballo, quale attività fisica ludica di moderata intensità, in 100 soggetti con DMT2 e/o obesità di entrambi i sessi con età media 59 anni). 42 soggetti hanno seguito un programma di balli di gruppo in sessioni da 2 ore bisettimanale (totale, 17.5 MET/h/settimana). Lo studio ha dimostrato che il ballo può essere proposto con successo come attività fisica ludica nella diabetesi, con risultati superiori ad altre proposte di attività fisica.



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

# Ruolo del Mmg nella gestione del paziente con dolore

L'intervento congiunto tra specialista e Mmg, l'applicazione di strumenti di prevenzione, il monitoraggio attivo, la partecipazione consapevole del paziente e la gestione orientata al singolo caso, rappresentano elementi indispensabili per la cura del dolore cronico. In questo numero di M.D. pubblichiamo la prima parte della rassegna inerente alla tematica. Sul prossimo numero sarà pubblicata la seconda parte sul rischio iatrogeno a le cure di supporto

**Massimo Mammucari,<sup>1</sup> Claudio Leonardi,<sup>2</sup> Renato Vellucci,<sup>3</sup> Silvia Natoli,<sup>4</sup> Marzia Lazzari,<sup>4</sup> Riccardo Sonnino,<sup>5</sup> Domenico Russo,<sup>6</sup> Enrica Maggiori,<sup>1</sup> Anna Roberti<sup>7</sup>**

Il ruolo del Mmg è oggi diventato ancor più strategico sia per migliorare le condizioni di salute dei pazienti sia per continuare ad adeguare il servizio sanitario alle esigenze di una popolazione che invecchia. La collaborazione tra medici ospedalieri e medici del territorio, e la condivisione dei percorsi di assistenza finalizzati ad assicurare la continuità delle cure, sono diventate priorità del sistema sanitario. Un invito alla collaborazione multidisciplinare è dato anche dalla legge n. 38 (15/3/2010) relativa all'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative. Il legislatore affida al Mmg il coordinamento del percorso di cura per intercettare il bisogno di analgesia e veicolare verso l'organizzazione sanitaria ospedaliera il singolo caso clinico non gestibile a livello territoriale. Il compito di individuare il pa-

ziente a più alto grado di complessità spetta al medico del territorio e l'accesso ai percorsi di cura più appropriati e la gestione a lungo termine delle patologie croniche vedono nella figura del Mmg, dunque, l'anello cruciale del sistema sanitario<sup>1</sup>.

Recenti esperienze suggeriscono che dopo un adeguato percorso di aggiornamento il Mmg, con l'ausilio delle tecnologie informatiche, riduce il livello del dolore usando i farmaci analgesici in base alle caratteristiche cliniche del dolore<sup>2</sup>. Ciò indica che la scelta terapeutica è fatta sempre più considerando il dolore come un'entità nosografica a sé stante e non più come un "banale" sintomo.

Del resto, quando Mmg e specialisti adoperano una stessa cartella informatica e attuano uno scambio sistematico di notizie cliniche si produce anche un risparmio economico per il sistema sanitario<sup>3</sup>.

Grazie alla sua radicata presenza nell'organizzazione sociale, il Mmg può intercettare precocemente le situazioni che meritano particolare attenzione in termini di prevenzione e cura. Il medico del territorio conosce lo stile di vita di ciascun nucleo

familiare, le condizioni psicologiche e sociali dei singoli individui, ha informazioni su familiarità e stato patologico prossimo e remoto di ogni assistito che consentono di interpretare meglio molti dei sintomi riferiti. Crediamo che questo livello di conoscenza sia indispensabile per applicare correttamente la legge n. 38/2010 e costituisca la base su cui investire per continuare ad attuare la lotta contro il dolore inutile.

## ► Il triage del paziente con dolore

Il dolore moderato o grave affligge il 19% degli europei<sup>4</sup>. In particolare le patologie di natura osteoarticolare, che affliggono un grande numero di soggetti, rappresentano una delle maggiori cause di dolore persistente. Il dolore colpisce in particolare i soggetti anziani<sup>5</sup> nei quali, in particolare i soggetti fragili, a causa delle patologie coesistenti e i relativi trattamenti farmacologici e le modificazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica<sup>6</sup>, aumenta la complessità e l'urgenza di un coordinamento di vari specialisti.

Nel soggetto anziano si può anche

<sup>1</sup> Medico di Assistenza Primaria, ASL RM1, Roma

<sup>2</sup> Direttore Unità Operativa Complessa Dipendenze ASL RMC

<sup>3</sup> Unità di terapia del dolore e cure palliative Ospedale Universitario, Careggi, Firenze

<sup>4</sup> Terapia del Dolore Policlinico Universitario TorVergata, Roma

<sup>5</sup> Terapia del Dolore U.O.C.P. Antea, Roma

<sup>6</sup> Hospice San Marco, Latina

<sup>7</sup> Direttore di distretto ASL RM1 - Roma

osservare una presbialgia (innalzamento della soglia del dolore che induce a sottovalutare il proprio dolore)<sup>7</sup>. In questi casi occorre intervenire sia farmacologicamente sia con un adeguato counselling per evitare che il dolore cronicizzi o che venga sotto trattato<sup>8,9</sup>.

Dopo aver rilevato il tipo di comparsa, la localizzazione, l'irradiazione, la durata, la tipologia e le azioni che attenuano (o peggiorano) il dolore, seguono gli accertamenti diagnostici e il primo intervento terapeutico. Già in questa fase il Mmg, inizia a considerare il livello di complessità del caso, pianifica uno o più consulti specialistici e propone la prima terapia farmacologica. Il triage che il Mmg attua in questa fase ha lo scopo di individuare precocemente i casi che richiedono l'attivazione della rete ospedaliera, differenziando quelli che possono essere gestiti a livello ambulatoriale territoriale. Impostare una terapia efficace fin da questa fase rappresenta una buona pratica clinica e riduce il rischio che il dolore persista inutilmente nel tempo.

### ► Scelta delle terapie

Recentemente, grazie alla sensibilizzazione indotta dalla legge 38, si è osservato un aumento dell'uso dei farmaci analgesici oppioidi (rapporto Osmed 2014)<sup>10</sup>.

Ciò dimostra che è in atto un cambiamento culturale che coinvolge il medico e il paziente. Da un lato il medico considera prioritario il trattamento analgesico e la scelta terapeutica cade maggiormente su farmaci più efficaci e non solo sugli antinfiammatori. Dall'altro dimostra che il paziente accetta di assumere farmaci che solo pochi anni fa erano causa di tabù. Infatti, gli oppioidi, costituiscono il gold standard nel trattamento del dolore moderato-grave

non solo nell'adulto, ma anche nel paziente pediatrico. A tale riguardo, osserviamo che recenti linee guida suggeriscono gli oppioidi a bassa dose nel dolore moderato<sup>11-14</sup> e l'uso della morfina nel paziente pediatrico con dolore persistente<sup>15</sup>.

Poiché l'Italia è uno dei paesi a più alto consumo di antinfiammatori, il cambiamento culturale che ha indotto un maggiore uso di oppioidi potrebbe destare il timore di un loro uso improprio.

Tuttavia, va rilevato che in Italia la prescrizione dei farmaci è da sempre opportunamente regolamentata e avviene principalmente con prescrizioni tracciabili. Inoltre, il Mmg, grazie ai sistemi informatici, può verificare la frequenza di prescrizione e il relativo consumo di farmaci rilevando precocemente ogni variazione della posologia di assunzione.

Inoltre, non va confuso il bisogno di analgesia con l'abuso o la dipendenza (potenziali o reali).

A tal proposito, ancora una volta, il Mmg rappresenta uno tra i professionisti della salute in grado individuare quelle situazioni ove è necessario attuare strategie di prevenzione e riduzione del rischio indotte dal cattivo uso dei farmaci.

Nella scelta delle terapie farmacologiche, il Mmg da sempre tiene conto degli effetti collaterali (intesi come effetti scaturiti dal meccanismo di azione) e l'uso di farmaci che inducono sonnolenza, disorientamento, confusione mentale, che riducono la capacità di condurre veicoli o che aumentano il rischio di caduta a terra è da sempre tenuto in debito conto. Quando lo specialista (psichiatra, neurologo, internista, algologo, ecc.) suggerisce un farmaco ad azione centrale è il Mmg che inviterà il paziente a rispettare i consigli dello specialista nel corso del tempo, proponendo l'a-

stensione dalla guida o, dove necessario, anche dal lavoro almeno nei primi giorni di trattamento o fin quando la titolazione del farmaco non avrà raggiunto la stabilità del suo effetto. Il Mmg ha anche il ruolo di assicurare la continuità terapeutica (spiegando al paziente quali sono le azioni di un dato farmaco, gli eventuali effetti collaterali, ma anche le ragioni per cui gli è stato suggerito) e grazie al rapporto medico-paziente vi è maggiore probabilità che la terapia prescritta sia assunta per il tempo necessario.

Tale atteggiamento, ovviamente, non riguarda soltanto gli oppioidi, ma anche altre classi di farmaci. Ad esempio, sono ben noti gli eventi avversi (intesi come ogni effetto scaturito dall'assunzione di un farmaco, compresa la mancata efficacia) indotti dagli antinfiammatori, in particolare quelli a livello gastroenterico e cardiovascolare, causa di notevole aumento del rischio di morbilità e mortalità iatrogena<sup>16-18</sup>.

Anche in questo caso il Mmg dovrà attuare strategie di riduzione del rischio di uso improprio. Molti dei pazienti con dolore, infatti, si rivolgono al medico (o al PS) già dopo alcuni giorni, a volte settimane o mesi, di automedicazione con varie sostanze (FANS, paracetamolo, composti a base di erbe, integratori, soli o combinati tra loro) anche quando esiste una seria controindicazione all'uso di queste sostanze. Stesso fenomeno vale per altri farmaci, quali antidepressivi o induttori del sonno. In genere si tratta di giovani adulti, con livello culturale medio alto, con un livello di "conoscenza medica" web-based, che consultano il Mmg esclusivamente quando il problema (sintomo o malattia) è divenuto "insopportabile".

Anche in questo caso, il counselling per una sensibilizzazione all'uso di sostanze farmacologiche va attuato

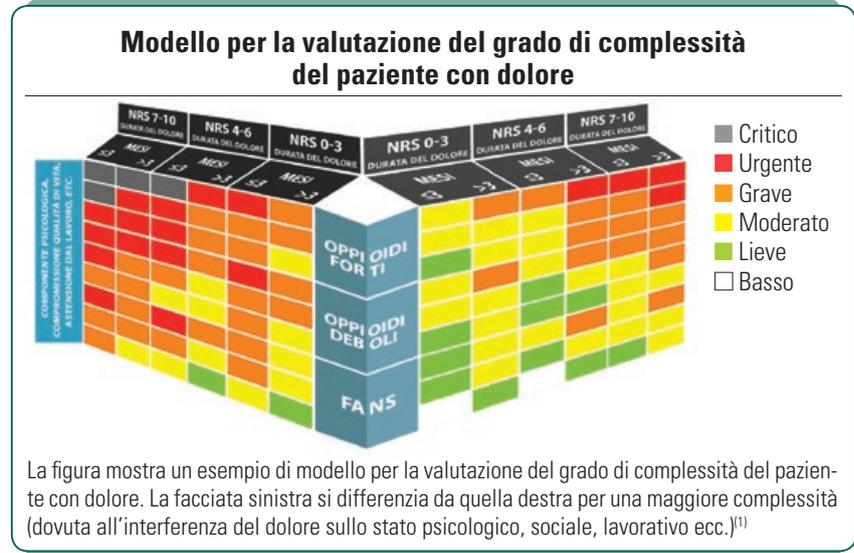
dal Mmg e diventa l'unico deterrente per evitare che si generino pericolosi circoli viziosi e reiterato - errato - uso dei farmaci. Il cittadino ignora che le interazioni farmacologiche possono riguardare i farmaci, gli alimenti, le bevande, gli integratori, le sostanze apparentemente innocue acquistate nelle erboristerie, le droghe voluttuarie<sup>19</sup>. L'opera di sensibilizzazione all'uso corretto delle sostanze farmacologicamente attive che il Mmg attua ogni giorno comporta un forte deterrente per gran parte della popolazione nel nostro Paese.

► **Il monitoraggio nel medio e lungo termine del piano di cura**

Durante il decorso del piano di cura possono verificarsi interazioni farmacologiche, eventi avversi, variazione delle patologie coesistenti, necessità di terapie adiuvanti.

Nell'ambito dei controlli periodici possono essere diagnosticate alcune condizioni farmaco-indotte che, se precocemente individuate, possono essere facilmente corrette, per esempio la tolleranza (spostamento a destra della curva dose effetto), le variazioni cinetiche o le interazioni farmaco-farmaco (con comparsa di effetti indesiderati o riduzione di effetti desiderati), le variazioni della posologia (errori nell'assunzione delle terapie o perdita di aderenza). Tali controlli periodici possono essere facilmente gestiti dalla medicina del territorio senza sovraccaricare la rete ospedaliera. Ovviamente la fase di controllo del piano di cura può essere gestita congiuntamente se i protocolli di trattamento saranno standardizzati.

Ad oggi assistiamo ad atteggiamenti diversi in molte fasi del percorso di cura. La modalità di avvio di una terapia che agisce con meccanismo recettoriale (che dovrebbe essere titolata



gradualmente), il passaggio da un farmaco all'altro (che dovrebbe tenere conto di una variazione di risposta e di dosi equi analgesiche), le modalità di cambio della via di somministrazione (che risponde a precise variazioni cinetiche di un dato principio attivo), la frequenza dei controlli programmati (che nel paziente con dolore cronico meriterebbero di essere maggiore), la prescrizione di quantità adeguate di farmaci (che nel caso del dolore dovrebbero permettere almeno un mese di terapia o almeno il periodo intercorrente fino al prossimo controllo medico).

Molti dei diversi atteggiamenti sono determinati dalla mancanza di tempo da parte dei medici, oberati da molte attività cliniche. Ma se la titolazione di un farmaco fosse condivisa con il Mmg si potrebbe gestire meglio una delle fasi più delicate della terapia, così come molte delle attività routinarie di controllo periodico delle terapie. Auspichiamo che anche nel campo della medicina del dolore si compia quella condivisione dei protocolli di gestione attuata già in cardiologia, diabetologia e pneumologia con cui i pazienti ipertesi, diabetici o con BPCO

hanno ottenuto notevoli benefici. Talvolta, le posizioni "corporativiste" per una data patologia da parte degli specialisti, così come il disinteresse nei confronti di una data situazione clinica, nuocciono al paziente tanto quanto la malattia stessa, forse più.

*Nessuno degli autori ha conflitto di interesse con i contenuti di questo articolo né ha ricevuto onorari per la sua preparazione.*

**Bibliografia**

1. Recenti Prog Med 2015; 106: 1-8
2. Recenti Prog Med 2014; 105: 159-65
3. G Ital di Cardiol 2012; 13: 615-21
4. Cochrane Database Syst Rev 2010; (1): CD006605
5. Reviews in Analgesia 2004; 8: 23-37
6. Clin Pharmacol Ther 2009; 85: 431-3
7. Pain Med 2003; 4: 125-34
8. Br J Cancer 2004; 90: 2288-96
9. J Clin Oncol 2007; 25(14): 1858-69
10. www.agenziafarmaco.gov.it
11. World Health Organization, 2007
12. Lancet Oncol 2012; 13: e58-68
13. Ann Oncol 2012; 23: vii139-154
14. www.aiom.it
15. World Health Organization, 2012
16. Lancet 2013; 382: 769-79.
17. PLoS One 2013; 8: e54309.
18. J Clin Invest 2006; 116: 4-15.
19. Trends in Medicine 2010; 10: 135-41

La seconda parte dell'articolo sarà pubblicata sul prossimo numero di M.D.

# La presa in carico di un paziente con arteriopatia ostruttiva

Nel contesto dell'attività di tutoraggio presso l'ambulatorio di medicina generale, si presenta all'attenzione un paziente con malattia multivasale. Questa circostanza ha offerto la possibilità di riflettere sul più indicato trattamento e follow-up necessario per questi pazienti

**Annalisa Filtz,\* Giovanni Antonio Filocamo,\*\* Marco Elli\*\*\***

\* *Medico in Formazione*

\*\* *Tutor Corso Pre-Laurea Medicina Generale, Università degli Studi di Milano*

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

## ► Il caso

Il signor BF, di 71 anni, è stato sottoposto a una serie di interventi di rivascularizzazione coronarica, carotidea, renale, in una struttura di Cardiologia Interventistica.

Il paziente, ex forte fumatore, ha presentato nel 2000 un infarto miocardico acuto inferiore trattato con PCI su coronaria destra (Cdx) distale. È stato poi sottoposto a bypass aorto-coronarico nel 2006 e a tre successivi interventi di disostruzione coronarica. Nel 2013 presenta una stenosi carotidea destra e un'analogia manifestazione sull'arteria renale sinistra, entrambe queste lesioni sono anch'esse trattate in modo conservativo.

Nel 2015 il paziente manifesta senso di peso precordiale: è stato quindi sottoposto a successiva rivascularizzazione coronarica con apposizione di stent medicato. L'ecocardiogramma ha inoltre evidenziato ipertrofia ventricolare sinistra con sperone settale sottovalvolare aortico (SIV 16 mm).

Al momento della dimissione il paziente era asintomatico, eupnoico e

in buon compenso cardiocircolatorio. La PA era 130/70 mmHg.

■ **Esami ematochimici:** lieve leucocitosi (GB 15.900/mcl, neutrofili 11.39/mcl, eosinofili 0.57/mcl, basofili 0.4/mcl), per cui è stato eseguito striscio con rilievo di granulociti neutrofili displastici e alcuni metamielociti, un'alterata glicemia a digiuno (117 mg/dl), un lieve aumento dei valori di creatina (1.28 mg/dl), ipertrigliceridemia (276 mg/dl).

La storia clinica è sintetizzata dalla sequenza cronologica in *tabella 1*.

## ► Discussione

È definita CTO - occlusione coronarica totale - una lesione di un vaso che determini una significativa riduzione del flusso ematico causata da un'ostruzione del vaso presente da almeno 3 mesi. La durata e la tipologia dell'occlusione possono essere stabiliti più facilmente grazie a angiogrammi seriati, mentre il dato clinico è di più complessa interpretazione. La prevalenza esatta delle CTO coronariche è sconosciuta. La CTO s'instaura lentamente, per cui la diagnosi è solitamente effettuata in

seguito a richiesta di angiografia per sintomatologia anginosa o ischemia significativa durante un test diagnostico.

Una percentuale significativa di pazienti post IMA sviluppa un'occlusione persistente dell'arteria relativa all'area infatuata. L'occlusione totale si manifesta in funzione del tipo di terapia ripercussiva e dalla tempestività dell'intervento. Nei pazienti con IMA non trattati con terapia tromboembolica, un'occlusione dell'arteria riguardante l'area infatuata è stata riscontrata nell'87% dei pazienti entro 4 h, 65% tra le 12/24 h, nel 53% a 15 giorni e nel 45% ad 1 mese.

I pazienti trattati con terapia tromboembolica seguita da trattamento conservativo hanno presentato una ri-occlusione del vaso da 3-6 mesi dopo nel 30% dei casi. Approssimativamente si è stimato che circa 1/3 dei pazienti con sospetto malattia coronarica acuta (CAD) che si sottopongono a coronarografia presentano  $\geq 1$  CTO, ma solo l'8-15% di questi viene sottoposto a intervento percutaneo coronarico (PCI). Questa disparità è dovuta da un lato

dal basso successo procedurale rispetto ad altre procedure coronariche e dall'altro dalle evidenze cliniche discordanti riguardanti la rivascolarizzazione di queste lesioni.

Lo studio SYNTAX (*NEJM* 2009; 360: 961-72) ha mostrato come in pazienti con malattia coronarica cronica non ci siano differenze maggiori, in termini di probabilità di morte e d'infarto miocardico acuto, nel trattamento con PCI o CABG. Vi è comunque sia una tendenza a preferire CABG rispetto a PCI nei pazienti con CTO e concomitante occlusione severa di CFx e/o malattia plurivasale.

Diversi studi hanno dimostrato che i pazienti con CTO sottoposti a PCI hanno una diminuzione del dolore anginoso (*Am Heart J* 2010; 160: 179-87), aumento della funzione LV e una diminuzione della mortalità.

La terapia post-PCI prevede la somministrazione di ASA a vita e inibitori P2Y12 per almeno 12 mesi. A oggi, secondo le linee guida della Società Europea di Cardiologia l'indicazione al trattamento di una OCT presenta un grado di raccomandazione di tipo IIa con livello di evidenza C (consenso derivante dall'opinione di esperti e/o da piccoli studi, da studi retrospettivi oppure registri). La decisione di ricanalizzare tramite PCI un'occlusione cronica rispetto al continuare una terapia medica o a una terapia chirurgica necessita di un'analisi rischi-benefici individuale per ogni paziente.

Nel follow-up di un paziente con CTO post PCI (+/- stent) è di notevole rilievo la prevenzione secondaria nell'intento di ridurre i fattori di mortalità e mobilità associati a CAD. Nel caso in discussione, per quanto riguarda i valori glicemici e dei trigliceridi, non è stata data alcuna indicazione, pertanto, si ritiene utile

**Tabella 1**

**Sequenza cronologica relativa alla situazione clinica del paziente**

Anno	Presentazione clinica e indagini	Trattamenti
2000	IMA inferiore	Eseguita PCI primaria su Cdx distale
2006		• CABG con LIMA su IVA
2007		PCI + 3DES su SVG, su IVA media su D1 e su CDx prossimale e media
2011	Coronarografia: 1. stent pervi su IVA, D1 e CDx 2. ristenosi critica degli stent al tratto prossimale di SVG>D1-M2-IVP 3. stenosi critica al tratto medio di CFx	2. eseguita CB e dilatazione prolungata con pallone medicato 3. riabilitata in back flow dal graft venoso; eseguita PCI + DES su CFx media
2012	TAC: • pervietà di LIMA su IVA • pervietà con assenza di stenosi di SVG>D2+M2+M3 con iperplasia lieve degli stent su SVG • pervietà e assenza di ristenosi degli stent su IVA-D1 • pervietà e assenza di ristenosi degli stent su CDx	
2013	• ECOTT: conservata funzione sistemica • Test da sforzo: indicativo di ridotta riserva coronarica per criteri ECG • AngioTAC addome: stenosi del 75% dell'arteria renale sx	• PTA e impianto di stent su ICA dx
2014	Coronarografia: • pervietà LIMA>IVA e IVA-D1 e CDx occlusione CFx prossimale con tenue visualizzazione del tratto medio del vaso sottoposto ad impianto di stent per via retrograda dal graft venoso • occlusione del graft venoso in sequenziale > D1+M2-M3	• PTA e impianto di stent con successiva dilatazione prolungata con pallone medicato su arteria renale sx • rivascolarizzazione CFx con PCI e impianto di stent medicati al tratto prossimale e distale
2015	Ostruzione coronaca destra	Dilatazione coronarica con apposizione di stent medicato

riportare i target di riferimento previsti dalle correnti linee guida, compresa la nota 13.

- a. Colesterolo LDL <100mg/dl (<70 mg/dL nei pazienti ad alto rischio).
- b. Pressione arteriosa 140/90 mm Hg.
- c. Modifiche nello stile di vita nutri-

zionale, metabolismo aerobico e sociale (cessare tabagismo).

d. Trattare il diabete mellito.

Il medico di famiglia ha proposto:

- per la leucocitosi e per la presenza di meta-mielociti, granulociti neutrofili displastici alla dimissione

ospedaliera, un approfondimento dallo specialista ematologo;

- per l'incremento dei valori glicemici a digiuno counselling nutrizionale;
- per l'ipertrigliceridemia un trattamento con omega 3/6.

Il paziente è risultato portatore di

anomalia del cromosoma Philadelphia, è stata quindi posta diagnosi di leucemia mieloide cronica, per la quale ha intrapreso una terapia prima con idroxicarbamide, in seguito con imatinib mesilato e allopurinolo. Attualmente gode di buone condizioni di salute, i valori glicemici e il quadro lipidico sono sotto controllo, i globuli bianchi sono appena superiori ai limiti, ma non vi sono alterazioni significative dell'emocromo. Il paziente sarà sottoposto a studio della circolazione degli arti inferiori in modo da prevenire manifestazioni ostruttive periferiche.

### ► Conclusioni

L'esame del caso ci ha permesso di formulare riflessioni da riportare nel contesto dell'attività di tutoraggio e da condividere con i colleghi.

**1.** La costruzione della sequenza cronologica permette di studiare in modo retrospettivo il caso in esame. Questa metodologia è correntemente suggerita dal Ministero della Salute negli studi di rischio clinico.

**2.** La malattia ostruttiva cronica si può manifestare non solo a livello coronarico, ma anche a livello carotideo e renale.

**3.** La terapia conservativa delle manifestazioni vascolari ostruttive coronariche e sistemiche, ha rappresentato per questo paziente un approccio determinante che ha notevolmente ridotto la sua morbilità e migliorato la sua qualità di vita. Se l'approccio conservativo ha effettivamente ridotto la morbilità, dovranno essere valutati riduzione di mortalità nella popolazione generale mediante studi clinici finalizzati. Nel paziente con manifestazione ischemica coronarica la tempestiva fibrinolisi può prevenire le complicanze ostruttive miocardiche. In un

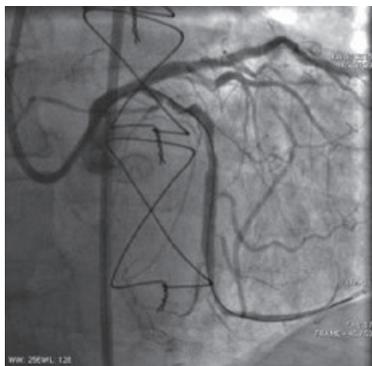
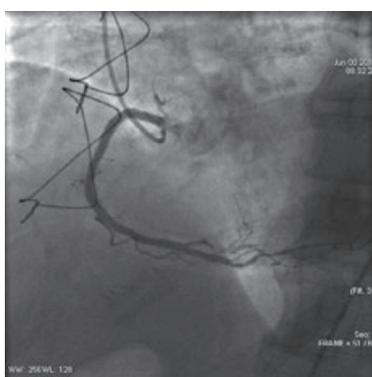
paziente così complesso, ex fumatore affetto da cardiopatia ischemica cronica, vasculopatia dei tronchi sovraortici, malattia multivasale cronica con storia di trattamenti cardiovascolari multipli recidivanti, è importante un monitoraggio attento, scrupoloso e condiviso da parte del cardiologo e del medico di famiglia. È possibile sottolineare come talvolta vi sia discrepanza tra ciò che è indicato e suggerito nelle linee guida e quanto è consigliato negli approcci "correnti". È utile sottolineare la necessità di trattamento alla dimissione mediante statina e/o ezetimibe secondo quanto suggerito dallo studio IMPROVE IT (*NEJM 2015; 372: 2387-97*). Questo porta alla luce quanto sia importante migliorare la compliance dei pazienti non solo per quanto riguarda la doppia terapia antiaggregante, ma anche per ciò che concerne il mantenimento nel range dei valori dei "fattori di rischio" che possono favorire recidive future.

Si segnala come lo studio CHECK (Cholesterol and Health: Education, Control and Knowledge) che ha analizzato la popolazione italiana di età compresa fra i 49 e i 79 anni, abbia fatto notare che il 35% del campione presentava un rischio CV elevato o molto elevato secondo i criteri della nota 13. Il 30% del campione dista dal proprio target terapeutico più del 20% e difficilmente potrà essere compensato con interventi di natura non farmacologica; il 9.2% del campione dista dal proprio target di più del 50% e necessiterà di terapia ipocolesteromizzante aggressiva. Nonostante gli sforzi effettuati sinora, molto rimane ancora da fare per essere aderenti a quanto suggerito dalla nota 13.

**1.** Nel contesto della MG si potrebbe suggerire la consegna di una

Figura 1

### Coronariche pre e post intervento



dettagliata tabella riguardante lo schema terapeutico quotidiano, per facilitare l'aderenza alle terapie.

**2.** Il paziente è stato inviato all'ematologo dal medico di famiglia in considerazione della traslocazione genetica Bcr/Abi attraverso lo sviluppo della degenerazione monoclonale fino al momento della diagnosi trascorrono 6 anni circa, quindi, se la finalità della terapia è di ritardare la crisi blastica tipica di queste manifestazioni è indispensabile diagnosticare precocemente questa malattia.

**3.** Il mancato intervento da parte della struttura specialistica è giustificato dall'ossessivo rispetto delle competenze di trattamento che rendono difficoltoso ai centri specialistici una "presa in carico" complessiva che rappresenta per fortuna una peculiarità della Medicina Generale. Le competenze della Medicina Generale rappresentano pertanto un indispensabile supporto al miglioramento della qualità dell'assistenza che non è garantita solo dall'efficienza delle strutture specialistiche.

**4.** La preparazione dei case report nel contesto delle attività di tutoraggio nella Medicina Generale nel corso pre-laurea, rappresentano un'utile occasione per svolgere un'attività di approfondimento su singoli casi clinici precedentemente selezionati dal tutor. La preparazione del case report è utile al discente per abituarlo a programmare un'attività di audit interno diretto non su un'area clinica ma finalizzata ad affrontare le problematiche "correnti" evidenziabili su pazienti ambulatoriali. Quest'attività è sempre più necessaria nella medicina moderna.

Bibliografia disponibile a richiesta

Tabella 2

### Indicazioni terapeutiche per le occlusioni coronariche croniche totali (OCT)\*

Trattamento con PCI	Malattia monovasale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente (&lt;80 anni) sintomatico per angina pectoris in trattamento farmacologico ottimale</li> <li>• Evidenza di ischemia miocardica inducibile</li> <li>• Presenza di vitalità miocardica (eco-stress; cardio-RM)</li> <li>• Alta probabilità di successo procedurale (&gt;60%)</li> <li>• Basso rischio procedurale (&lt;1% morte; &lt;5" MI)</li> </ul>
	Malattia multivasale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente non diabetico con buone possibilità di rivascolarizzazione completa (mediante procedura a stadi)</li> <li>• Paziente con occlusione dei bypass coronarici ad alto rischio per re-CABG</li> <li>• Paziente che rifiuta intervento di CABG</li> </ul>
Trattamento con CABG		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente con malattia monovasale e patologia valvolare moderata-severa associata</li> <li>• Paziente con malattia del TC (soprattutto TC distale)</li> <li>• Paziente con malattia trivasale diffusa, diabetici, con IRC</li> <li>• Paziente con malattia trivasale e disfunzione ventricolare (FE &lt;35%; ventricolo sinistro aneurismatico)</li> <li>• Paziente con multiple OCT</li> </ul>
Trattamento con terapia farmacologica		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente con modesta ischemia inducibile (ischemia perinecrotica) e scarsa vitalità miocardica</li> <li>• Paziente monovasale con ripetuti (almeno 2-3) tentativi inefficaci di ricanalizzazione mediante PCI, paucisintomatico in terapia medica</li> <li>• Paziente anziano (&gt;80 anni)</li> <li>• Paziente ad elevato rischio per intervento di PCI/CABG per coesistenza di diverse patologie (severa IRC, diabete, BPCO, severa vasculopatia periferica)</li> <li>• Paziente oncologico terminale e/o paziente con gravi malattie a prognosi infausta</li> </ul>
Trattamento sperimentale (ad es. cellule staminali ad indirizzo neoangiogenetico)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente con occlusione dei bypass coronarici ad alto rischio per re-CABG, con ripetuti tentativi inefficaci di ricanalizzazione mediante PCI, fortemente sintomatici per angina pectoris (CCS III-IV) malgrado terapia medica massimale. FE &gt;35%. Evidenza di ischemia miocardica inducibile allo studio scintigrafico con dipiridamolo</li> </ul>

CABG =bypass aortocoronarico; FE =frazione di eiezione; IRC = insufficienza renale cronica; MI = morte improvvisa; PCI = angioplastica coronarica percutanea; RM = risonanza magnetica; TC = tronco comune.

\*le suddette indicazioni combinano quelle che sono le più comuni indicazioni in ambito internazionale a quelle seguite presso le nostre sale di emodinamica(Università Vita-Salute San Raffaele; EMO GVM Centro Cuore Columbus, Milano).

# Approccio multidisciplinare al reflusso gastroesofageo ed esofago di Barrett

*L'esperienza del centro per la terapia della MRGE ed esofago di Barrett dell'Ospedale Cottolengo di Torino dimostra come la collaborazione attiva tra clinici nella valutazione e nella terapia di queste patologie sia in grado di fornire prestazioni più efficaci ed appropriate*

**Carlo Bima**

*Specialista Chirurgo per la chirurgia della MRGE*

**Roberto Ferraris**

*Specialista Gastroenterologo per la valutazione clinica ed endoscopica della MRGE*

**Mara Michelini**

*Specialista ORL-Foniatra per la valutazione clinica e strumentale delle vie aeree e digestive superiori nella MRGE Ospedale Cottolengo di Torino*

**A** causa dell'aumento esponenziale dell'incidenza della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) avvenuto negli ultimi 50 anni (sino al 40% della popolazione generale nei paesi occidentali), la sanità pubblica si trova oggi ad affrontare, in carenza di risorse per le spese farmaceutiche, l'aumento della prevalenza e delle complicazioni intra ed extra-digestive di tale patologia.

Un recente convegno internazionale svoltosi a Parma ha messo in evidenza l'importanza della multidisciplinarietà specialistica nell'approccio alla patologia da reflusso in considerazione delle segnalazioni sempre più frequenti di sintomi a carico di organi a monte dell'esofago.

Scopo della presente relazione è riassumere l'esperienza del nostro centro multidisciplinare per la terapia della MRGE ed esofago di Barrett.

**► Follow-up**

Sebbene nell'aumento delle patologie da RGE sia implicata l'alimentazione e lo stile di vita, la dieta da sola è spesso insufficiente per risolvere del tutto i sintomi e comunque difficilmente può riportare le condizioni anatomico-funzionali della giunzione gastroesofagea e dello sfintere esofageo inferiore alla norma.

Peraltro, una lista di restrizioni

alimentari viene consegnata e fortemente raccomandata ai pazienti sin dalla prima visita.

La terapia medica si avvale dell'uso di inibitori della pompa protonica (PPI), di farmaci procinetici, antiacidi, alginati e protettivi di parete. I PPI in particolare funzionano bene se assunti continuativamente, ma la terapia è costosa e può avere effetti collaterali a lungo termine, se non periodicamente controllata dal gastroenterologo dedicato al follow-up del singolo paziente.

Un utile strumento per il follow-up terapeutico del paziente in terapia con PPI è il dosaggio della gastrinemia sierica che permette di modificare adeguatamente il dosaggio dei PPI e di valutare l'appropriatezza del proseguimento della terapia. Inoltre la terapia acido-soppressiva non incide sul reflusso di pepsina e di acidi biliari, entrambi dannosi per l'integrità della mucosa e richiede la somministrazione di alginati in aggiunta ai PPI.

Gli esami endoscopici-istologici sono indispensabili per il follow-up e dovrebbero essere valutati dal gastroenterologo dedicato, con una particolare attenzione alla definizione topografica e istologica della linea Z per valutarne l'eventuale risalita a seguito di pregresse esofagiti ricorrenti e per escludere la presenza di metaplasia intestinale nel contesto della mucosa di transizione, non-

ché dell'esofago di Barrett propriamente detto che predispone all'adenocarcinoma dell'esofago e del cardias. La presenza di epitelio colonnare in luogo di epitelio squamoso nel terzo inferiore è descritta nel 2-24% dei pazienti con MRGE e l'incidenza annuale di adenocarcinoma su Barrett è stata valutata in uno studio multicentrico nazionale intorno all'1% pazienti/anno.

Nella diagnostica la manometria esofagea ci fornisce l'analisi dettagliata della motilità del corpo esofageo, misura la pressione basale dello sfintere esofageo inferiore (LES) e la sua estensione assiale.

La PH-metria esofagea delle 24 ore permette invece di identificare un'anomala esposizione del lume esofageo agli acidi e fornisce indicazioni quantitative circa il numero e la durata degli episodi di reflusso, più utile quando l'esame endoscopico non rivela esofagite da reflusso (NERD) e/o lo specialista ORL lo sospetta in base all'esame clinico.

Nella nostra pratica clinica un dato diagnostico funzionale indispensabile per procedere ad una valutazione approfondita dopo periodi di 6-12 mesi di trattamento farmacologico è fornito dalla manometria. Una pressione a riposo dello sfintere esofageo inferiore inferiore a 10 mm Hg può rappresentare un criterio attendibile per rimarcare il fallimento della terapia medica e l'indicazione all'intervento chirurgico. Un uso continuo di PPI, una scarsa compliance alla terapia, un importante condizionamento della qualità di vita, sono ulteriori elementi in favore della chirurgia.

### ► Terapia chirurgica

Possono giovare di un trattamento chirurgico pazienti con tracciato pH-metrico patologico, che abbiano anomalie manometriche a livello del LES e con adeguata motilità a livello del corpo esofageo. La terapia chirurgica consiste nella riduzione dell'ernia iatale se presente, nella jatoplastica e nella *fundoplicatio* secondo Nissen per via laparoscopica, per cui la plicatura del fondo gastrico attorno all'esofago distale determina un potenziamento del meccanismo unidirezionale proprio del cardias e quindi corregge il reflusso gastroesofageo (linee guida dell'American Gastroenterological Association). Per i precedenti motivi ci si attende nel prossimo futuro un consistente aumento del ricorso alla chirurgia che, da sola, può garantire l'eliminazione totale del passaggio di acido cloridrico, pepsina e acidi biliari prossimalmente allo sfintere esofageo inferiore e quindi una risoluzione completa della patologia da reflusso per molti anni.

La giusta tempistica nell'indicazione a tale procedura non può essere solamente affidata alle capacità tecniche del chirurgo o al solo dato manometrico esofageo. Inoltre il chirurgo deve essere dedicato a tale intervento e necessita di uno standard annuale di interventi anti-reflusso per dare garanzie costanti sul risultato.

### ► Reflusso laringo-faringeo

Un dato rilevato anche nella nostra esperienza è l'apparente aumento della presentazione della malattia da reflusso con sintomi atipici di competenza ORL: reflusso laringo-faringeo. Il ristagno di

micro-particelle di contenuto gastrico (sia acido che biliare) refluite attraverso l'esofago, raggiunte le vie respiratorie digestive superiori del paziente (faringe, laringe, ma anche cavo orale, seni paranasali, orecchio medio) determina in tali sedi una infiammazione cronica dei tessuti stessi provocando quadri di laringo-faringite, sinusite, otite media, stomatite.

È importante in condizioni di RGE eseguire sempre una valutazione ORL con l'ausilio del fibroscopio per verificare la copresenza di tali patologie spesso misconosciute, di trattarle e di monitorarle nel tempo. Infatti tali condizioni oltre a determinare complicazioni locali benigne (polipi, granulomi, edema di Reinke, apnee notturne), possono predisporre a condizioni cancerose. L'88% dei pazienti con cancro della laringe presenta reflusso.

Da ultimo, un ulteriore promettente strumento per valutare nel tempo la persistenza del reflusso nelle vie aeree superiori è la determinazione della pepsina salivare, un test da poco disponibile nella pratica clinica.

### ► Conclusione

In conclusione, la collaborazione sperimentata positivamente in questi ultimi anni tra il gastroenterologo, il chirurgo e lo specialista ORL, dedicati insieme alla patologia da reflusso, è in grado di fornire prestazioni più efficaci nella gestione terapeutica della MRGE attraverso visite specialistiche collegiali e prestazioni endoscopiche, ORL e chirurgiche.

Bibliografia disponibile a richiesta

# Probiotici: necessario approfondire di più

Oltre 1.000 medici di medicina generale su tutto il territorio nazionale hanno collaborato alla realizzazione di una indagine che rivela le reali conoscenze di medici e pazienti sulla disbiosi intestinale, le sindromi correlate e l'utilizzo dei probiotici

**D**alla ricerca a cui hanno collaborato oltre 1.000 medici di medicina generale emerge che i Mmg che hanno avuto più pazienti con disbiosi intestinale la correlano a forme influenzali (65%), sindrome dell'intestino irritabile - IBS (63%), stress o ansia (49%) e patologie metaboliche (40%). La IBS è senza dubbio il più comune disturbo funzionale gastrointestinale associato a disbiosi intestinale, tanto da colpire circa il 7-10% della popolazione. Sono molti gli studi che hanno dimostrato la relazione tra IBS e squilibrio del microbiota intestinale: esistono infatti differenze significative tra il microbiota intestinale dei pazienti affetti da IBS rispetto a quello dei soggetti sani.

## ► Utilizzo dei probiotici

L'86% dei Mmg ha prescritto in un anno ad almeno 5 pazienti probiotici per combattere la disbiosi intestinale rilevando, in oltre 3 casi su 4, un risultato positivo. Nei casi di disbiosi, l'83% riferisce i pazienti al gastroenterologo: la maggior parte (55% dei casi) quando non trova una soluzione efficace attraverso le abituali terapie, il 20% se affronta casi di disbiosi cronica e il 7% in qualsiasi caso. Commentando i dati, il Prof. **Salvatore Cucchiara** - Direttore dell'Unità di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica dell'Università di Roma "La Sapienza" - spiega che è importante assumere correttamente i probiotici

lasciando loro il tempo necessario per essere efficaci: "Inutile pretendere che 3-4 giorni di somministrazione di probiotici siano sufficienti a restituire l'equilibrio intestinale, sia per i bambini che per gli adulti sono necessarie almeno 3-4 settimane di trattamento; stile di vita e alimentazione corretti faranno il resto".

## ► Richieste dei pazienti

Oltre alla sintomatologia legata a disfunzioni dell'apparato intestinale, come i disturbi intestinali funzionali (74.7%) o fasi di diarrea acuta (58.8%), i pazienti chiedono al loro Mmg informazioni sui probiotici legate alla prevenzione per viaggi imminenti (27.6%). "Ciascuno di noi possiede un proprio microbioma, unico e individuale come un'impronta digitale" spiega il Prof. **Lorenzo Drago**, Direttore Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche, IRCCS Galeazzi, Università di Milano. "Grazie alle ultime scoperte sappiamo che esiste una parte 'centrale' del microbioma, il core microbioma, che resta invariata e una parte esterna, che è invece condizionata da abitudini di vita, alimentazione e condizioni geografiche. Ad esempio, quando si viaggia in un paese straniero è molto frequente che dei microrganismi ignoti disturbino il microbioma creando il cosiddetto 'dismicrobismo intestinale'. In pratica quello che succede è che alcuni organismi prendono il sopravvento e

portano a forme diarroiche. Questo avviene soprattutto per i bambini più piccoli che sono maggiormente soggetti e condizionati dai cambiamenti nelle abitudini alimentari e nello stile di vita. Inoltre, mentre il microbioma di un adulto è già formato e sostanzialmente stabile, quello di un bambino soprattutto nei primi anni di vita, è in continua evoluzione".

## ► Richieste dei Mmg

Sono necessari maggior approfondimenti clinici sul tema "probiotici". Attraverso la ricerca la richiesta arriva dalla quasi totalità del Mmg (96.6%). Dal 2005 il Ministero della Salute ha definito che il termine probiotico è riservato a quei microrganismi che si dimostrano in grado, una volta ingeriti in adeguate quantità, di esercitare funzioni benefiche per l'organismo. Si tratta, in sostanza, di batteri che vengono assunti attraverso preparazioni specifiche o alimenti che li contengono e che riescono a colonizzare l'intestino umano. Sarebbe quindi opportuna una maggior chiarezza, perché non tutti i ceppi sono uguali e intercambiabili. Studi recenti hanno dimostrato come due ceppi, il *Bifidobacterium longum* BB536 e il *Lactobacillus rhamnosus* HN001, hanno effetti benefici, essendo in grado di sopravvivere alle avverse condizioni gastrointestinali, di aderire alla mucosa intestinale e di interagire con l'ambiente intestinale.

# Medicina di iniziativa e prevenzione cardiovascolare

Un'iniziativa del Ssr, realizzata dall'Ausl di Ferrara in collaborazione con i Mmg del Nucleo Cure Primarie della "Casa della Salute Cittadella S. Rocco" promuove la "Lettura integrata della carta per la valutazione del rischio CV"

Una lettera dell'Ausl di Ferrara con l'invito a partecipare ad un progetto gratuito di prevenzione delle malattie CV: è quella ricevuta da 388 ferraresi seguiti dai 17 Mmg che afferiscono al Nucleo Cure Primarie "Ferrara Anello S. Anna". Si tratta di 210 donne di 55 anni e 178 uomini di 45 anni, che non hanno avuto eventi cardiovascolari e cerebrovascolari e che sono invitati a partecipare al progetto "Lettura integrata della Carta del Rischio Cardiovascolare". L'obiettivo è di raggiungere queste persone per supportarle a diventare attive, informate e preparate per assumere corretti stili di vita. È un progetto che per essere realizzato ha la necessità di più professionisti che lavorano in team e nella Casa della Salute "Cittadella S. Rocco" sono attivi da tempo iniziative di integrazione tra Mmg, infermieri di NCP e specialisti volti alla gestione delle patologie croniche nell'ottica della medicina di iniziativa.

## ► L'iniziativa

Il progetto è un'iniziativa del Ssr, realizzato nella provincia di Ferrara, dall'Ausl in collaborazione con i Mmg ed ha l'obiettivo di attivare uno screening con chiamata attiva, mediante l'utilizzo della carta del rischio e di altri strumenti, per personalizzare l'intervento da mettere in campo finalizzato alla

promozione di uno stile di vita salutare, nell'ambito di una rete che coinvolga infermieri, Mmg, assistenti sanitarie e medici dell'area di sanità pubblica, cercando anche alleanze con enti e istituzioni operanti sul territorio.

**Carlo Alberto Guidoboni**, Mmg e coordinatore dei 17 medici che afferiscono al Nucleo di Cure Primarie che seguiranno il progetto, evidenzia come sia importante per i cittadini aderire al progetto per diversi motivi: si potranno avere maggiori informazioni sul proprio stato di salute e su possibili rischi CV, si potrà usufruire dell'assistenza e dei consigli di personale qualificato, utili ad effettuare scelte consapevoli a modificare comportamenti non corretti e a ridurre il rischio di malattie. "In questo modo per il Mmg sarà possibile fare una vera 'prevenzione primaria' proprio su un gruppo di persone che, molto probabilmente, non va quasi mai dal proprio medico. Intercettare soggetti sani affinché si possano riconoscere e intercettare condizioni di rischio vuol dire realizzare una condizione di salute per il loro futuro. Per esempio tra le nostre attività di prevenzione abbiamo anche i gruppi di cammino".

Per il cittadino partecipare sarà semplice. Al primo incontro verranno misurati peso, altezza, circonferenza vita e PA e valutati colesterolo e trigliceridi, e un infermiere effettuerà un'intervista

su comportamenti e stili di vita. Una volta valutato lo stato di salute saranno programmati i successivi interventi di prevenzione specifici e mirati. I pazienti saranno seguiti per tre anni.

## ► I dati di Passi

I dati di Passi 2010-2013 segnalano che a Ferrara ben il 40% della popolazione adulta ha tre o più fattori di rischio CV. Mentre, per contro, sono meno del 4% gli adulti completamente privi di rischio CV. Ma non solo: l'ipertensione coinvolge il 19.9% degli adulti, l'ipercolesterolemia il 23.8%, l'eccesso ponderale il 44.3%, il diabete il 5%, il fumo di tabacco e la sedentarietà rispettivamente il 27.6% e il 19.8%; inoltre l'89.3% consuma meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.

### Mmg partecipanti

*Lucia Benini, Gianguido Bruno, Dario Burini, Daniele Burini, Giovanna Canella, Michele Caselli, Patrizia Chiarelli, Daniele Ferraboschi, Antonio Fomasari, Franco Govoni, Carlo Alberto Guidoboni, Remo Lanzoni, Enrico Minganti, Marco Ruina, Alberto Soffritti, Stefano Viadana, Massimo Vincenzi.*



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Carlo A. Guidoboni