M.D.

MEDICINAE DOCTOR Anno XXIV, numero 3 - aprile 2017

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

In questo numero

FOCUS ON 6

Il futuro ibrido del medico di medicina generale

RIFLETTORI 12

Lo strano caso delle note sui test allergologici

CLINICA 43

Il ruolo del medico di famiglia nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

Augusto Pagani

Presidente OMCeO Piacenza

Certificati di malattia, la battaglia dei medici continua

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

M.D. MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile
Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.
Massimo Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin,
Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione
Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Pubblicità
Teresa Premoli
Sara Simone

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

Amministratore unico
Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
  Certificati di malattia: la battaglia dei medici continua 5
- **Focus on**
  Il futuro ibrido del medico di medicina generale 6
- **Contrappunto**
  Le prescrizioni calmieriate dai nuovi Lea 10
- **Riflettori**
  Lo strano caso delle note sui test allergologici 12
- **Tribuna**
  Salvare il nostro Ssn finanziando adeguatamente le cure primarie 14
- **Il caso**
  Case della Salute al posto delle Aggregazioni Funzionali Territoriali 17
- **Prospettive**
  Per una scelta consapevole della Facoltà di Medicina 18
- **Proposte**
  Creare un'alleanza tra Medici e Comuni 19
- **Formazione**
  Come comunicare con il paziente: la via lombarda 20
- **Professione**
  Cronicità: le prescrizioni di medici, infermieri e farmacisti pari sono 22
- **Fisco**
  Fattura di prestazioni sanitarie tra obblighi ed esenzioni 24

AGGIORNAMENTI

- **Allergologia**
  Asma e temporali primaverili, un binomio pericoloso 30
- **Angiologia**
  Ridurre le amputazioni nell'arteriopatia periferica 31
- **Farmacologia**
  Ruolo della vitamina D nelle patologie extrascheletriche 32
- **Gastroenterologia**
  AIGO: cinque pratiche a rischio di inappropriatezza 33
- **Malattie rare**
  Panoramica sulle innovazioni cliniche e terapeutiche 34
- **Malattie infettive**
  Efficacia della vaccinazione contro il virus dell'epatite A 36
- **Oncologia**
  Melanoma e tumore al polmone: i risultati dell'immunoterapia 37

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
  La settimana di un medico di famiglia 41
- **Clinica**
  Il ruolo del medico di famiglia nella gestione dei disturbi dell'alimentazione 43
- **Counselling**
  Relazione medico-paziente e umanizzazione delle cure 49
- **Pratica medica**
  Epilessia vs. emicrania: diagnosi differenziale in giovane ragazzo 52
- **Diagnostica**
  Calcium score nella stima del rischio di eventi cardiovascolari 54
- **Rassegna**
  La mesoterapia in pratica clinica 56
- **Monitor**
  Recrudescenza del morbillo in Italia 62

Certificati di malattia: la battaglia dei medici continua

Sono ormai otto anni che la FNOMCeO chiede la revisione della Legge Brunetta. Gli aspetti di incostituzionalità sono noti ma al centro della richiesta c'è il tema dell'autocertificazione di malattia dei lavoratori per i primi tre giorni. Le mozioni dell'onorevole Romani e dell'onorevole Bergonzi, sostenitori delle posizioni FNOMCeO, giacciono in attesa di essere discusse. "Come se non bastasse - commenta **Augusto Pagani**, Presidente OMCeO Piacenza e Mmg - stiamo raccogliendo nuovi dati relativi al numero e alle tipologie di assenze, nonché alla regolamentazione sul tema in vari Paesi europei; dati che verranno pubblicati per ravvivare l'interesse politico".

Un impegno pluriennale che ottiene, in tutta risposta, un Testo Unico del pubblico impiego che conferma non solo le sanzioni previste dalla legge Brunetta per i dipendenti pubblici che dispongono di un certificato falso o attestante il falso, ma anche un rischio di radiazione dall'Albo per il medico, fino alla decadenza della convenzione e al carcere fino a 5 anni.

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

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

Il futuro ibrido del medico di medicina generale

Il profilo che si delinea all'orizzonte è quello di un Mmg potenzialmente in convenzione esterna o fiduciario delle mutue, esperto di deontologia, medicina legale e informatica, in grado di redigere piani terapeutici su farmaci specialistici: una figura professionale sempre più articolata e sempre meno delineata

Simone Matrisciano

In questa sanità liquida in continuo riassetto sembra proprio che dovremo dimenticare il "medico di famiglia" così come lo conosciamo: da più fronti le voci sul futuro della MG disegnano un caleidoscopio di funzioni, nuovi ruoli e prospettive professionali oggi inesistenti. Se da un lato c'è il Ssn come lo abbiamo conosciuto fino ad oggi (ormai per molti insostenibile, inefficace e inefficiente) e dall'altro lo spettro dell'*out of pocket* (la spesa privata del cittadino), il cerchio si salderebbe, secondo alcuni, proprio grazie al ritorno ad un sistema mutualistico. In questo contesto c'è chi ipotizza che il Mmg potrebbe assumere un ruolo di regolatore del sistema, di "fiduciario delle mutue". Anche se dovesse offrire (magari tramite cooperative) una propria proposta assistenziale (probabilmente più etica e scevra da potenziali conflitti d'interesse) più debole e meno competitiva di quella dei privati che investiranno sempre più in sanità, ma il Mmg rimarrà, pur con funzioni diverse. Per il futuro prossimo i medici di famiglia, più che da questa evoluzione del sistema, si sentono maggiormente minacciati dalla carenza di professionisti formati. La formazione in Medicina Generale risente ormai da anni di un percorso penalizzante che fa percepire questa Disciplina come figlia di un Dio minore e quindi con uno sbocco professionale meno 'appetibile' di altre specialità. A ciò bisogna aggiungere che la riforma dell'assistenza sul territorio disegna nuovi profili formativi completamente avulsi dal percorso didattico attuale.

Esperti di deontologia e medicina legale

Un esempio calzante di questo *gap* formativo è rappresentato dalle Aft, aggregazioni territoriali che richiedono nuove competenze, come quelle per diventarne Coordinatore. Di questa nuova figura professionale e delle altre 'competenze' che si affacciano all'orizzonte dei futuri Mmg ne abbiamo parlato con il presidente dell'Ordine dei Medici di Milano **Roberto Carlo Rossi**, attivo sostenitore di un corso di perfezionamento su questi temi in collaborazione con l'Università Statale degli Studi del capoluogo lombardo: "i futuri Mmg dovranno essere esperti di deontologia e medicina legale: oggi i corsi di formazione ruota attorno all'economia; d'altra parte la cultura economicistica, che rivolge ogni azione solo al risparmio per le casse dello stato anche a scapito dell'assistenza, ha preso il sopravvento". E conclude: "Oggi non si può più prescindere dalle implicazioni medico-legali dell'attività medica".
C'è inoltre chi ha riportato l'attenzione sulla necessità di formare i Mmg per renderli idonei a stilare i piani terapeutici sui farmaci specialistici. In questo caso si delimita la necessità: 2.000 medici di famiglia da formare è la proposta di Fimmg rivolta a **Mario Melazzini** - Direttore Generale di Aifa - durante un incontro di rilancio del Gruppo di lavoro per la Medicina Generale. "Noi - ha affermato **Fiorenzo Corti**, vicesegretario nazionale Fimmg - abbiamo spiegato come sia urgente il pieno coinvolgimento della Medicina Generale nel trattamento delle patologie croniche se si vuole evitare che a una larga fetta di cittadini sia di fatto negato l'accesso ai trattamenti farmacologici innovativi più appropriati e ormai riconosciuti dalla comunità scientifica".

Giovani medici in cerca di prospettive

Tutta questa aria di futuro fa pensare ai giovani colleghi che presto entreranno in Convenzione o, comunque, nel mondo della professione. Se le istanze professionali sono al centro del dibattito, non sono da meno quelle più sociali, come la proposta formulata da **Franco del Zotti**, Fondatore di Netaudit e Medico di medicina generale di Verona, circa la possibilità che i medici creino una nuova convenzione, inizialmente tra loro e in un secondo momento con un'assicurazione privata e, nel caso si presentasse l'occasione e la disponibilità, anche con lo Stato e le Regioni: è quella che si può definire Convenzione esterna, uno strumento che, peraltro, esiste già in molti Paesi d'Europa. La proposta di Del Zotti si snoda tra le maglie strette di situazioni regionali varie, consapevole di esperienze locali che stanno lasciando un segno positivo tra i colleghi. E allora se i medici già sanno organizzarsi in rete, perché pensare a una riorganizzazione? "Pongo un'istanza sociale - sostiene Del Zotti - non mi rivolgo al collega che intende lavorare da solo, ma a colui che decide di collegarsi ad altri medici per creare una sorta di confederazione di Mmg: ognuno avrà un numero di pazienti (per esempio 100) inferiore agli attuali 1.500; ma la cooperazione permetterà di offrire il massimo servizio qualitativo per quanto riguarda aspetti come telemedicina o micro-tecnologia, garantendo un afflusso minore verso gli ospedali e le visite specialistiche".
In sintesi si delinea un Mmg in convenzione esterna o fiduciario delle mutue, esperto di deontologia e medicina legale e in grado di redigere piani terapeutici su farmaci specialistici: un profilo professionale sempre più articolato e confuso, forse frutto di una Politica che non riesce a trovare la giusta rotta e una Professione in balia delle mareggiate. Sperando di non incappare in scogli troppo grandi.

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Franco del Zotti

Medico informatico: un'altra possibilità

Potrà essere digitale il medico di domani? "La questione non è se il medico di domani sarà digitale, questo è un dato di fatto ormai. Piuttosto bisognerebbe chiedersi come dovrà essere digitale questo professionista in un'ottica di tutela della sua professione e del cittadino". A pensarla così è **Silvestro Scotti**, presidente dell'OMCeO di Napoli. Proprio per questo motivo Scotti è convinto che gli Ordini dei Medici debbano avere un ruolo attivo su questo fronte. " Gli Ordini - continua Scotti - dovranno essere in grado di formare i professionisti che parteciperanno allo sviluppo dei programmi che andranno a modificare la professione sul piano informatico-digitale: è opportuno per evitare distorsioni nella progettazione dei software ed è un discorso che ricade sulla tutela del paziente e, quindi, sul rapporto medico-paziente". Occorre, per esempio, pensare ad una "nuova" figura nel panorama della medicina generale: si potrebbe chiamare il "medico informatico", una figura esperta del mondo digitale che (da un punto di vista deontologico: "non stiamo parlando di ingegneri informatici ma pur sempre di medici" precisa Scotti) sappia confrontarsi con gli sviluppatori di software e soprattuto riconosca eventuali criticità che rischierebbero di ricadere sulla professione del medico una volta implementati alcuni processi informatici. "In altre parole - precisa Scotti - non vorremmo mai ritrovare un medico menomato dal punto di vista professionale e, peggio ancora, ignaro di questa cosa fino alla prova dei fatti". Siamo di fronte ad una duplice sfida. Se da un lato bisogna realizzare le basi di un sistema informatico utile al cittadino e che garantisca la pertinenza e l'utilizzo delle informazioni raccolte, ottimizzando i percorsi e cogliendo l'evoluzione delle nuove tecnologie e opportunità informatiche, dall'altro bisogna permettere il coinvolgimento di ogni professionista interessato: ma è un coinvolgimento che può avvenire solo su una base di informazione corretta sui rischi e le opportunità che si corrono informatizzando l'assistenza. In un quadro così innovativo e mutevole concetti quali il segreto professionale, il consenso informato, l'autodeterminazione, il rapporto medico-paziente assumono nuovi significati ed implicazioni: necessitano di nuove definizioni.
"Il rischio è di andare fuori strada - conclude Scotti -: se si pensa che la professione assorba senza problemi i cambiamenti informatico-digitali, ci ritroveremo ad affrontare questioni molto serie; questo perché nel momento in cui i cambiamenti si realizzeranno il medico si potrà trovare d'improvviso limitato o in parte estromesso dalla sua stessa professione a favore di processi informatici automatizzati: per questo occorre una riflessione prima di tutto all'interno della professione". "Mi rendo conto che potrebbe passare il messaggio di una Federazione volta a impedire l'evoluzione digitale della sanità: è esattamente il contrario. La sanità deve evolvere dal punto di vista digitale garantendo al meglio i cittadini e il rapporto medico paziente".

Il ritorno del sistema mutualistico?

Spesso abbiamo ragionato sulla gestione della cronicità, sulle diverse modalità di applicazione del Chronic care model: i CReG in Lombardia, l'assistenza toscana, la presa in carico campana. È il caso però di riflettere su un cambiamento di sistema che negli ultimi anni sta investendo il nostro Ssn; una trasformazione che, volenti o nolenti, sta conducendo il Ssn verso la "rottamazione". Ma a favore di cosa? Ne abbiamo parlato con **Guido Marinoni**, medico di medicina generale, segretario provinciale Fimmg Bergamo e tesoriere dell'Ordine dei Medici di Bergamo.
Il pretesto della discussione ce lo ha dato la recente DGR 6164/2017 lombarda sulla presa in carico della cronicità. Regione Lombardia sta tentando di introdurre un cambiamento radicale della presa in carico dei malati cronici: l'intento è passare da un sistema orientato all'offerta (basato su una logica di sommatoria di prestazioni singolarmente remunerate) a uno proattivo, ossia orientato ai bisogni della persona e garantito da gestori responsabili, e remunerati, per la presa in carico complessiva e unitaria dei singoli assistiti rispetto a una molteplicità di attività e servizi.
"In sintesi ci sarà un gestore che prenderà in carico la 'mia' patologia cronica, definirà il 'mio' piano assistenziale individuale (PAI) e procederà all'acquisto delle terapie per conto 'mio' grazie ad un finanziamento da parte della Regione che andrà ad attingere al Fondo Sanitario", commenta Marinoni. È la rinascita del sistema mutualistico? "Siccome ci sono molti segnali che portano a concludere che il Ssn, ormai messo alle corde da politiche di austerità e limitazioni economiche, non avrà in futuro la possibilità di coprire l'assistenza - sottolinea Marinoni - e ci sono altri segnali che mostrano che non si può affidare all'*out of pocket* tutta la gestione della cronicità, risulta necessario un passaggio di consegne dal Ssn ai gestori appena descritti".

Mmg fiduciario delle Mutue

"In questo contesto il medico di medicina generale assumerà necessariamente un ruolo di regolatore del sistema, di 'fiduciario delle mutue'; e anche se offrirà, tramite magari le cooperative, una propria proposta probabilmente più etica di quella dei privati investitori, in un contesto di verosimile alleanza con le aziende, necessariamente sempre più deboli e meno competitive, verrà completamente modificato il suo ruolo, ma non certo annullato". Marinoni appare tuttavia preoccupato per il futuro del Mmg: "più che da questa evoluzione del sistema, la sopravvivenza del medico di medicina generale è maggiormente minacciata dalla carenza di professionisti adeguatamente formati. Certamente, l'Acn così come lo si sta rinnovando è inadatto al nuovo scenario". Si apre anche la finestra di discussione intorno al privato che, sempre più, allunga la sua ombra (o la sua luce) sull'assistenza.
Come regolare il rapporto tra gestore ed erogatore dei servizi in questo sistema mutualistico?
"L'eventuale sovrapposizione tra gestore ed erogatore del servizio (questa differenziazione nei ruoli non è ancora definita, *ndr*) potrebbe creare un potenziale conflitto d'interessi - sottolinea Marinoni - anche se già in passato l'Inam (l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie sciolto a seguito della nascita del Ssn) disponeva di suoi ambulatori; pertanto anche i futuri gestori dei PAI (i piani assistenziali individuali) potranno avere loro punti di erogazione. Certo sarà giusto riflettere su questo tema quando si deciderà, e se si deciderà, di aprire il mercato ai privati".
Un sistema ancora da decifrare. Quello che è certo è che gli erogatori disporranno di tutto il *budget* riservato alla cronicità e produrranno in proprio (o acquisteranno) le prestazioni sanitarie per conto degli assistiti: è l'attività tipica di una mutua, "è il sintomo che tutto sta cambiando. Intendiamoci, i sistemi mutualistici non vanno certo demonizzati: con sistemi di questo tipo si gestisce la sanità in gran parte dei paesi Europei, ad esempio in Francia e in Germania".
Insomma, qualcosa nascerà, qualcosa cambierà: un passaggio di questo tipo appare necessario oltre che complesso; ma "è un passaggio - conclude - per il quale non si intravedono nell'attuale scenario né risorse umane specificamente formate, né chiarezza di intenti e strategie".

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Guido Marinoni

Le prescrizioni calmieriate dai nuovi Lea

Secondo Pierluigi Bartoletti, Vicesegretario Fimmg, i nuovi Lea, pubblicati sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, rappresentano di fatto una logica di limitazione dell'operato dei medici

"Le cose vanno descritte per quello che sono e non farcite di significati che non hanno: il cosiddetto Decreto Lorenzin sull'appropriatezza prescrittiva non è mai stato cancellato o sospeso, e questo provvedimento sui nuovi Lea ne è la dimostrazione. Si tratta, ancora una volta, dell'affermazione di una logica di limitazione dell'operato dei medici e si aggiunge un ulteriore tassello alla crisi del sistema sanitario pubblico". È questa l'opinione di **Pierluigi Bartoletti**, Vicesegretario Fimmg, in merito alla pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

Il tanto vituperato "Decreto Lorenzin", lesivo dell'attività clinica dei medici e della fruibilità del sistema sanitario pubblico, cacciato dalla porta pare rientrare dalla finestra.

"Nessuno nega la necessità di trovare una strada per risparmiare - continua Bartoletti - ma questi provvedimenti restrittivi dell'attività medica determinano un effetto, soprattutto sui pazienti che usufruiscono per necessità dell'assistenza pubblica, che dovranno muoversi in un percorso tortuoso e a ostacoli; chi può utilizzare servizi privati, invece, non vivrà cambiamenti nella sua esperienza in termini assistenziali. È per questo che bisognerebbe cominciare a ragionare sull'accesso alle cure".

La chimera della prevenzione

Tornano quindi le note limitative alla prescrizione degli esami specialistici e delle analisi che tanto avevano fatto discutere qualche mese fa: l'elenco stilato nei nuovi Lea sembra l'ennesimo tentativo da parte dello Stato di limitare l'utilizzo di esami nella pratica clinica e nell'iter che normalmente porta alla diagnosi o al controllo di una patologia, "ma ciò che è ancora peggio - commenta Bartoletti - limita lo *screening* preventivo. Adesso la palla passa alle Regioni, sono loro che dovranno mettere in campo le modalità applicative relative ai nuovi Lea. Noi medici abbiamo già sollevato le nostre perplessità ed evidenziato le criticità relative al tentativo di normare l'atto clinico, difficilmente standardizzabile, ponendo vincoli per giungere a una corretta diagnosi. Adesso vedremo cosa faranno le Regioni, costretto ad applicare il provvedimento in ottemperanza ai Lea. Sono sempre stato abituato all'idea di migliorare ciò che non funziona e mantenere ciò che funziona. Mi domando come ci si possa accanire sui medici di famiglia, gli unici che garantiscono l'accesso alle cure senza liste d'attesa, senza *ticket* e con orari di apertura al pubblico molto ampi".

Dubbi sulle future Uccp

Bartoletti è molto critico anche verso l'idea delle nuove strutture della medicina del territorio (come le future Uccp): "la Medicina Generale va migliorata inserendo i medici di famiglia in strutture come le unità di cure complesse, sostiene la politica. Io sono un medico, non un politico, ma mi porrei anche solo un problema logistico legato agli spostamenti dei pazienti prima di concentrare medici in una struttura unica e toglierli dal loro territorio di riferimento. Questo anche perché siamo molto bravi a proporre modelli, ma un po' meno a capire - dopo un periodo di applicazione del modello di turno - se funzionano o meno".

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

Lo strano caso delle note sui test allergologici

"I nuovi Lea non rendono obbligatoria la visita specialistica per poter effettuare i test". È quanto ha precisato il Ministero della Salute in un recente comunicato di risposta ai dubbi espressi dai medici di famiglia dopo la pubblicazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza con relativa indicazione delle prestazioni ambulatoriali allergologiche soggette ad indicazioni di appropriatezza

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

Dopo un articolo allarmistico apparso su *La Stampa* circa nuovi ticket per la visita specialistica propedeutica all'esecuzione di test allergici a stretto giro di posta elettronica è arrivata la risposta al quotidiano del Ministero della salute: "In considerazione dell'alto rischio di inappropriatezza osservato nella prescrizione dei test"- ha osservato il dicastero -" il nomenclatore inserito nei nuovi Lea consiglia la prescrizione degli esami allergologici su indicazione del medico specialista, quale mera e non obbligatoria indicazione di appropriatezza prescrittiva". Un'indicazione che "non è assolutamente vincolante, né tantomeno i nuovi Lea rendono obbligatoria la visita specialistica". A decidere sull'applicazione di eventuali ticket saranno le Regioni" (http://www.lastampa.it/2017/03/25/italia/politica/superticket-per-i-test-allergologici-lindicazione-del-ministero-non-vincolante-bjVCZutU3LFHXoz22sDRGM/pagina.html).

La precisazione ministeriale introduce in modo informale una significativa interpretazione pratica delle note sulla diagnostica ambulatoriale, previste dai nuovi Lea. Il ministero, oltre a delegare la patata bollente dei ticket alle regioni, afferma sostanzialmente che la nota con la semplice indicazione di appropriatezza prescrittiva non è vincolante per il prescrittore, che potrà quindi continuare a prescrivere i test allergici senza ricorrere alla visita allergologica, nonostante le formule utilizzate nelle relative note (*tabella 1*).

La stringente condizione di erogabilità

In sintesi, nonostante le nuove note la situazione non cambierebbe per il prescrittore, a meno che il medico non incappi in note davvero vincolanti, vale a dire quelle che prevedono non tanto una 'flessibile' "indicazione di appropriatezza prescrittiva", ma la più stringente "condizione di erogabilità" del test. Si tratta di una significativa "retromarcia" che riguarda la maggioranza delle note. Infatti quelle con indicazione di appropriatezza prescrittiva sono prevalenti rispetto a quelle con una condizione di erogabilità - solo 1/4 circa delle 100 complessive - che sono rivolte a test specialistici di nicchia (in particolare test genetici, per malattie rare, prestazioni odontoiatriche e radioterapiche).

In sostanza l'interpretazione estensiva del concetto di appropriatezza prescrittiva, suggerita dal comunicato ministeriale, non si applica solo ai criteri clinici della nota, ma si estende anche alle indicazioni, per così dire, organizzative della nota stessa che, nel caso dei test allergici, fanno riferimento alla indicazione o alla prescrizione a seguito di visita specialistica/allergologica, ecc.

Erogabilità e appropriatezza: le definizioni

- **Condizioni di erogabilità**: definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni - al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti

pregressi, e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui le medesime sussistono, con obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta il numero della nota ed il quesito clinico o diagnostico. Per la PMA, sono definiti i limiti di età, il contenuto di ciascun ciclo di fecondazione, nonché il numero massimo di cicli.

• **Indicazioni di appropriatezza prescrittiva**: definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni - al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, e sono erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico prescrittore circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo di riportare sulla ricetta il solo quesito clinico o sospetto diagnostico.

Articolo pubblicato su
http//curprim.blogspot.it

Tabella 1

Note relative a prestazioni ambulatoriali allergologiche, soggette ad indicazioni di appropriatezza prescrittiva

• **Nota 66.** Indicazioni appropriatezza prescrittiva. IgE specifiche allergologiche quantitativo. Per singolo allergeneTest di II livello, da effettuare quando il prick test non è eseguibile o esaustivo, di norma su indicazione specialistica.

• **Nota 67.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. IgE specifiche allergologiche: screening multiallergenico qualitativo. Per profilo di allergeni. Per l'inquadramento delle allergie reaginiche (rinocongiuntivite allergica, asma allergico, dermatite atopica, orticaria, allergia alimentare) da effettuare quando il prick test non è eseguibile o esaustivo.

• **Nota 68.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. IgG specifiche allergologiche. Per singolo allergene A) Esame complementare nella diagnosi di alveoliti allergiche estrinseche. B) In Allergologia avanzata per valutare il grado di tolleranza avvenuta in caso di desensibilizzazione nell'allergia al veleno di imenotteri e di allergia alimentare, su prescrizione specialistica.

• **Nota 69.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. Test di inibizione delle IgE specifiche con allergene specifico. Indagine di III livello, su prescrizione specialista allergologo.

• **Nota 70.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. IgE specifiche per allergeni singoli ricombinanti molecolari Indagine di II livello, su indicazione dello specialista allergologo.

• **Nota 77.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. Esame allergologico strumentale per orticarie da agenti fisici. Per la diagnostica delle orticarie croniche, a seguito di visita specialistica.

• **Nota 78.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. Screening allergologico per inalanti e alimenti [Prick test]. Fino a 18 allergeni. Test di primo livello per l'inquadramento delle allergie reaginiche (Rinocongiuntivite allergica, Asma allergico, Dermatite atopica, Orticaria) da erogare, di norma, contestualmente alla visita specialistica.

• **Nota 79.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. Test epicutanei a lettura ritardata [patch test]. Sospetta dermatite allergica da contatto, erogabile, di norma, a seguito di visita specialistica.

• **Nota 80.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. Test percutanei e intracutanei a lettura immediata e ritardata per farmaci. Approfondimento diagnostico in caso di sospetta allergia a farmaci, su indicazione dello specialista allergologo.

• **Nota 81.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. Test epicutano in apert, di tolleranza/provocazione con farmaci, alimenti ed additivia a seguito di visita allergologica.

• **Nota 82.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. Test del siero autologo. Diagnostica dell'orticaria su verosimile base autoimmune, rilevata in corso di visita allergologica.

• **Nota 83.** Indicazione appropriatezza prescrittiva. Test percutenei per veleno di imenotteri. In caso di sospetta allergia al veleno di imenotteri rilevata in corso di visita allergologica, su prescrizione dello specialista allergologo.

Salvare il nostro Ssn finanziando adeguatamente le cure primarie

"Più finanziamenti per la medicina territoriale". L'esortazione viene dallo Snami secondo cui il nostro Servizio Sanitario Nazionale non può più sostenere altre decurtazioni economiche

La sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale passa necessariamente per un adeguato finanziamento della Medicina di Famiglia. Snami avverte: se non si modifica la politica verso il comparto sanitario, il pericolo concreto è che si scarichi sul pubblico la sanità più costosa come le patologie cronico degenerative e quelle oncologiche.
"È imbarazzante e grave la scarsa conoscenza che spesso anche i politici, addetti ai lavori, hanno del pianeta sanità". É quanto ha sottolineato **Angelo Testa**, presidente nazionale dello Snami in una recente nota stampa.
Per il presidente Snami il nostro Servizio Sanitario Nazionale non è a prova di sostenibilità . "È sostenibilissimo" - ha precisato.
A dimostrare ciò, secondo Testa sono gli indicatori di salute: "Il nostro Ssn è efficace e meno costoso di quello della maggior parte dei Paesi Occidentali, a dimostrarlo sono proprio gli indicatori di salute".
Il problema che accomuna tutti i sistemi europei è la gestione delle cronicità. Secondo Testa quello che effettivamente serve è una rimodulazione della medicina territoriale e di una formazione che tenga realmente conto per il futuro del reale fabbisogno dei medici.
"L'attuale, medicina territoriale che peraltro funziona benissimo - ha evidenziato - andrebbe rimodulata tenendo conto delle moderne esigenze di salute, dei nuovi riferimenti normativi e del fatto che molti medici nei prossimi anni andranno in pensione e, se non ci sarà una programmazione seria, si rischia di sguarnire irreversibilmente il territorio".

La sanità, purtroppo non è una priorità

A dar man forte ad al presidente Snami la collega **Filomena Di Benedetto**, Presidente provinciale di Snami Avellino e responsabile nazionale dell'Assistenza Primaria.
"Se il nostro Ssn continuerà ad essere definanziato - ha precisato Di Benedetto - vorrà dire decretarne la morte a favore di forme assicurative e mutue private accentuando una discriminazione tra chi ha i soldi e chi non avendoli non potrà più curarsi. È vero che siamo in tempi di ristrettezze economiche e recessione, ma la sanità è già al limite e non potrà continuare a subire dopo le decurtazioni per il 2017 di: 683 milioni di euro, 422 milioni di euro in meno per il fondo sanitario e 261 del sociale più un ulteriore taglio di 100 milioni per l'edilizia sanitaria. Si è determinato un 'braccio di ferro' tra la politica e chi eroga l'assistenza territoriale perché i tagli stanno alimentando una conflittualità tra i vari comparti della sanità, tutto a scapito della qualità. Il pericolo concreto è che si scarichi sul pubblico la sanità più costosa come le patologie cronico degenerative e quelle oncologiche. Per gli ultimi Governi la sanità non è mai stata una priorità".

Case della Salute al posto delle Aggregazioni Funzionali Territoriali

Per legge l'organizzazione dell'assistenza territoriale spetta alle Regione così accade che a Siena, per l'ente di Area vasta, si preveda una Casa della Salute per ciascuna delle Aft istituite e non una per distretto. Una scelta legittima in assenza di normative di riferimento

Una Convenzione nazionale dei medici delle cure primarie, eccessivamente sbilanciata a declinare l'organizzazione dell'assistenza territoriale, come quella in vigore, rappresenta un *vulnus* perché questo livello, per legge, spetta alle Regioni. Così accade che legittimamente alcuni territori, prendano delle decisioni ben lontane da quanto dettato dell'Acn. È il caso della Toscana, in particolare a far discutere è la scelta dell'area senese. A Siena, per l'ente di area vasta che comprende le ex Asl di Arezzo e Grosseto, si prevede una Casa della Salute per ciascuna delle Aft istituite (una ogni 20-30 mila abitanti) e non una per distretto come si era ipotizzato in precedente. Tutto è ancora da stabilire, ma l'ipotesi messa in campo è che il coordinatore delle Aft contratterà il budget con l'ente di area vasta e gestirà la continuità assistenziale. I Mmg dovrebbero gestire sia i pazienti a rischio cardiovascolare sia quelli a più alto rischio di ricovero ma ancora da censire; prenotare esami e visite specialistiche ai pazienti a cui li prescrivono. I compensi economici dovrebbero arrivare da risparmi acquisiti e da nuove risorse che la Regione deciderà di stanziare su questa novità.

Il vuoto normativo

"Le Case della Salute sono nate senza una normativa di riferimento: ogni funzionario aziendale poteva e può inventarsi una Casa della Salute senza essere inserito in alcun quadro normativo, causando relazioni complicate tra i colleghi e tra i pazienti stessi, oltre che rischiando di incrinare il rapporto tra medico e paziente. Questo soprattutto perché non si sono create nuove strutture, vista la carenza di investimenti, ma sono state adattate alcune già esistenti, senza preoccuparsi delle conseguenze". Questo il commento di **Franco Fontana**, vicesegretario regionale Smi Toscana: "ora ci troviamo in una condizione dove le aziende stesse devono fronteggiare anomalie senza un filo logico, senza un quadro di riferimento".
La trattativa fatta a Siena mette al centro le reti integrate ospedale - territorio e le Casa della Salute, ponendo come fulcro della contrattazione entità non previste dalla Convenzione, mostrando così un'inclinazione istituzionale lontana dalle Aft e le Uccp, veri soggetti (teorici) del futuro dell'assistenza primaria: "dove si trovano le Case della Salute, queste non corrispondono alle Aft e non corrisponderanno neanche alle Uccp, - continua Fontana. Questo vuol dire che in una Regione come la Toscana, ma credo che la proporzione valga anche in altri territori, le Aft devono coprire un territorio di 300 o 400 chilometri quadrati, con tutti i problemi che ne derivano per i medici e per i pazienti". Inoltre, le Case della Salute pongono anche un problema di rappresentanza; infatti non sono un effetto della contrattazione sindacale, a differenza di Aft e Uccp (tantomeno sono previste nella piattaforma Sisac): renderle quindi l'unità di misura degli accordi lascia perplessi. "Tanto più - aggiunge Fontana - che ove fosse obbligatorio passare per le cooperative per realizzarle si porrebbero altri problemi, un conto è se la coop ti aiuta mettendoti a disposizione fattori produttivi, un conto è se contratta al posto del sindacato magari offrendo prestazioni a tariffe basse che pregiudicano lo sviluppo della medicina generale". "In più, si verrebbe a creare un sistema in cui le aziende discutono le singole questioni con i coordinatori, bypassando completamente il livello sindacale tra cui tutte le sperimentazioni, che coinvolgono i Mmg. Ma i coordinatori non hanno un mandato rappresentativo da parte dei medici".

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Franco Fontana

Per una scelta consapevole della Facoltà di Medicina

Orientare gli studenti, sin dalla terza liceo scientifico, a capire se si siano o meno "tagliati" per affrontare la Facoltà di Medicina e la Professione di medico. È questo lo spirito del progetto condiviso con un accordo quadro firmato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e dalla FNOMCeO

Centocinquanta ore di lezioni frontali e sul campo per capire, sin dalla terza Liceo scientifico, se si abbia o meno l'attitudine per affrontare la Facoltà di Medicina e la Professione del Medico. È questo lo spirito del progetto condiviso con un accordo quadro firmato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.
La sperimentazione didattica - che coinvolgerà venti licei scientifici distribuiti su tutto il territorio nazionale e individuati tramite un bando del Miur, oltre agli Ordini provinciali delle relative aree geografiche - nasce sulla scia di un progetto pilota già messo in atto da sette anni (sotto il coordinamento del dirigente scolastico **Giuseppina Vinci** e del presidente Omceo-Reggio Calabria **Pasquale Veneziano**) con ottimi risultati in termini di gradimento e di efficacia, dal Liceo Scientifico 'Leonardo da Vinci' di Reggio Calabria, che sarà la scuola capofila.

Il percorso

Ma in cosa consisterà, nei dettagli, il percorso? Una volta individuati i venti istituti, essi inseriranno nei loro piani di studio la nuova disciplina opzionale 'Biologia con curvatura biomedica', da svilupparsi in orario aggiuntivo e che contribuirà alla media dei voti e all'acquisizione dei crediti formativi. Gli studenti delle classi terze che manifesteranno interesse verranno inseriti nel percorso, che sarà triennale. Il monte di 50 ore annue sarà suddiviso in quaranta ore di lezioni frontali (per metà tenute dai docenti di scienze e metà da professionisti individuati dagli Ordini dei Medici e Odontoiatri) e in dieci ore 'sul campo', presso strutture sanitarie, ospedali, laboratori di analisi.
Una Cabina di Regia nazionale, della quale faranno parte anche la professoressa Vinci e Pasquale Veneziano, eserciterà la funzione di indirizzo e di coordinamento.
"Come Area Strategica della Formazione della FNOMCeO abbiamo verificato la qualità e l'efficacia scientifica del progetto calabrese quale metodo di orientamento per l'accesso alla Facoltà di Medicina - ha spiegato **Roberto Stella**, che di tale Area è coordinatore -. Per ogni anno scolastico in cui è stata fatta la sperimentazione, circa la metà dei ragazzi che si erano iscritti al percorso lo hanno abbandonato, in prevalenza all'inizio del triennio di formazione. La motivazione principale è stata che hanno verificato di non avere le adeguate inclinazioni o motivazioni. E questo ha risparmiato loro anni di fatiche e di studio su una strada che non era, evidentemente, quella in cui avrebbero potuto esprimersi al meglio. Inoltre, coloro che hanno portato a termine il percorso hanno superato più facilmente i test di accesso".

Creare un'alleanza tra Medici e Comuni

Il Sindacato dei Medici Italiani ritiene che dai Comuni possa venire la spinta propulsiva di una grande riforma delle cure primarie, dell'emergenza-urgenza, del territorio e dell'ospedalità. E con questa finalità ha presentato a Antonio Decaro, presidente dell'Anci una 'piattaforma d'intenti' su cui edificare una fattiva coalizione tra Medici ed Enti Locali

Il segretario generale del Sindacato dei Medici Italiani (Smi), **Pina Onotri**, è stata recentemente ricevuta dal presidente dell'Anci, **Antonio Decaro** a cui ha presentato una serie di proposte atte a sancire un alleanza tra Medici ed Enti Locali.

"I medici - ha dichiaratoo Onotri - sono le sentinelle dello stato di salute dei cittadini, ebbene i comuni, i sindaci, hanno la stessa funzione per il buon funzionamento delle istituzioni pubbliche, dei servizi, per lo stesso stato di salute della democrazia. Per questa ragione, crediamo importante e urgente che le rappresentanze sindacali e istituzionali dei medici insieme a quelle degli enti locali, mantengano un dialogo permanente per analizzare le criticità che colpiscono il nostro Ssn e per avanzare proposte per modernizzare e potenziare la sanità pubblica nei territori. Dal presidente Decaro abbiamo avuto grande attenzione. Siamo certi che questo sarà un ulteriore passo di un percorso comune: la prima priorità è avere i sindaci a nostro fianco nella battaglia contro le aggressioni ai medici e per la messa in sicurezza dei nostri ambulatori e ospedali".

Una prima grande sfida per lo Smi è avviare una massiccia iniziativa politica in vista delle elezioni generali, una lunga campagna nella quale la sanità può e deve avere un ruolo centrale.

La premessa è superare le fughe in avanti di molte Regioni, ridando centralità alle sollecitazioni dei Comuni, in un quadro nazionale chiaro, definito dal ministero della salute, che ridia centralità al diritto alla salute, al principio di universalità e di uguaglianza, sanciti dalla Costituzione.

Lo Smi in sintesi ritiene che i Comuni possano essere la spinta propulsiva di una grande riforma delle cure primarie, dell'emergenza-urgenza, del territorio e dell'ospedalità. Un nuovo ed efficace sistema, con al centro il cittadino e con una organizzazione dei servizi sottratta alla mala politica e riaffidata ai medici.

Una priorità

Ma intanto all'Anci il Sindacato dei Medici italiani ha avanzato una iniziativa da prendere con urgenza, una priorità: lanciare una vertenza nazionale per la sicurezza per i medici dirigenti e convenzionati. Cresce in modo preoccupante il numero di aggressioni ai medici, soprattutto nelle sedi di guardia medica, nel Pronto Soccorso, nel 118, ma anche nelle stesse corsie di ospedali. Servono strutture adeguate per ospitare gli ambulatori, con protocolli di controllo efficaci. Chiediamo che i Comuni affianchino i medici affinché si apra un tavolo ministeriale che preveda risorse adeguate per la messa in sicurezza dei professionisti che operano nel Ssn, e con essi, lo stesso diritto dei cittadini ad essere assistiti degnamente.

Le cinque parole d'ordine dell'intesa tra Medici ed Enti Locali

1) Alleanza medici e cittadini per modernizzare la sanità pubblica, per una assistenza basata sulla medicina di iniziativa, senza rigidi schemi organizzativi, per rispondere adeguatamente alla mutata domanda di salute, principalmente, invecchiamento della popolazione e cronicità.
2) Centralità del medico per una nuova e grande riforma del settore: riorganizzazione delle cure primarie, dell'emergenza, della specialistica ambulatoriale e della continuità assistenziale. Stabilizzazioni, assunzioni, sblocco del turn over.
3) Risorse, perché con fondi adeguati, la spesa in sanità è un investimento produttivo che produce ricchezza in termini di salute e di occupazione. Basta con i tagli lineari: non danno risparmi ma solo compressione di diritti e depotenziamento dell'organizzazione e della qualità dei servizi.
4) Difesa della ricchezza e peculiarità della medicina generale e del territorio dagli assalti delle aziende e delle regioni, per quanto riguarda l'imposizione di modelli organizzativi inefficaci e burocratici. Difesa delle postazioni di continuità assistenziale h24, contro i modelli h16.
5) Potenziamento del 118, contro le esternalizzazioni e la demedicalizzazione.

Come comunicare con il paziente: la via lombarda

Regione Lombardia e l'OMCeO di Milano hanno dato vita ad una Commissione per elaborare linee guida di riferimento sulla comunicazione tra medici e i pazienti. Propedeutico a tale finalità è il percorso di formazione ad hoc, elaborato dalla Scuola di comunicazione in Sanità da cui scaturirà un "Decalogo della buona sanità in pillole"

"Migliorare e salvaguardare il rapporto medico-paziente è fondamentale soprattutto alla luce della riforma del sistema socio sanitario lombardo che mette al centro il paziente e il passaggio dalla cura al prendersi cura. Per questo Regione Lombardia e l'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Milano hanno creato una Commissione che lavori alla stesura di Linee guida che diano indicazioni per una comunicazione sempre più appropriata tra i medici e i pazienti al fine di rafforzarne il legame". Lo ha detto l'assessore al Welfare di Regione Lombardia **Giulio Gallera** in merito all'avvio dei lavori di una Commissione che si occuperà della stesura di Linee guida per la comunicazione tra medico e paziente.

"Le Linee guida - ha sottolineato l'assessore - interesseranno tutti i medici sia quelli ospedalieri sia i medici di medicina generale, perché la comunicazione è l'elemento centrale del rapporto medico-paziente".

"La comunicazione - ha spiegato il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano **Roberto Carlo Rossi** - fa parte del processo di cura, per questo è compito del medico, di fronte al paziente, utilizzare il giusto registro comunicativo che non deve essere né troppo tecnico né troppo affrettato. Non bisogna dimenticare, poi, che una buona comunicazione è alla base della risoluzione e prevenzione dei conflitti medico-paziente. Credo che elaborare delle Linee guida per una comunicazione più appropriata sia il modo corretto per un approccio globale anche a questo problema".

Proprio per capire come costruire in rapporto comunicativo efficace con il paziente da marzo fino a novembre è stato messo a punto un percorso formativo ad hoc: il primo corso di formazione organizzato dalla "Scuola di comunicazione in sanità", promossa da un comitato formato da Ordine dei Medici di Milano, Asst Rhodense, Associazione italiana giornalismo responsabile e l'Associazione Lampada di Aladino. Non solo formazione, obiettivo del corso sarà anche quello di stilare un "Decalogo della buona sanità in pillole" che sarà portato all'attenzione della Terza Commissione Sanità della Regione Lombardia, affinché valuti e prenda in considerazione le proposte che pervengono dalla scuola di formazione.

È sempre più impellente che il medico apprenda una comunicazione efficace a completamento dell'atto terapeutico - affermano **Martino Trapani** e **Roberto Bollina** che fanno parte del Comitato Scientifico assieme ad altri esperti del mondo medico e della comunicazione specializzata - per un medico infatti risulta particolarmente difficile semplificare non solo la terminologia utilizzata, ma soprattutto l'approccio squisitamente umano al paziente stesso. Il che diventa ancora più complesso nel caso della comunicazione relativa ad esempio a malattie oncologiche o particolarmente gravi. Quello che ci attendiamo da questo corso è non solo di ottimizzare le relazioni con assistiti e famiglie e di aumentare la consapevolezza del paziente, migliorando anche il livello di soddisfazione e l'adesione ai percorsi terapeutici, ma anche di ridurre le controversie medico-legali e la medicina difensiva in generale, contribuendo a prevenire il logorio psico-fisico dei clinici a cui sono sempre più sottoposti".

Componenti Commissione

Dario Vivone, *Consigliere giuridico direzione Welfare di Regione Lombardia*; **Aldo Bellini**, *Responsabile programmazione Polo ospedaliero di Regione Lombardia;* **Roberto Bollina**, *Direttore Sanitario ASST Rhodense;*
Matteo Stocco, *Direttore generale ASST di Monza;* **Massimo Giupponi**, *Direttore generale ATS Brianza;* **Maurizio Viecca**, *Coordinatore Collegio dei primari ospedale Sacco;* **Alan Pampallona**, *Managing Director of Fondazione Giancarlo Quarta;* **Martino Trapani**, *Presidente Collegio dei Revisori OMCeOMI;* **Ugo Tamborini**, *Consigliere segretario OMCeOMI;* **Mariagrazia Manfredi**, *Consigliere OMCeOMI.*

Cronicità: le prescrizioni di medici, infermieri e farmacisti pari sono

A confermarlo una Cochrane Reviews di 46 studi condotti nel setting delle cure primarie che offrirebbe sufficienti rassicurazioni sul fatto che gli operatori sanitari, dopo training specifici, prescrivano in modo efficace quanto i medici nel caso di pazienti affetti da cronicità

In diversi Paesi è stata introdotta la possibilità per professionisti non medici di prescrivere farmaci. Gli obiettivi sono molteplici: da favorire l'accesso ai farmaci, a liberare tempo per i medici, fino a sfruttare al meglio le capacità degli operatori sanitari. Sono già stati pubblicati molti studi di confronto sulla prescrizione dei "non medici" rispetto ai camici bianchi, valutandone la capacità di iniziare, cambiare o sospendere un trattamento senza una stretta supervisione medica.
A fine 2016 al riguardo è stata pubblicata una *Cochrane Reviews* di 46 studi condotti nel mondo delle cure primarie (sono stati arruolati infermieri in 26 casi e farmacisti nei restanti 20): la maggior parte delle ricerche sono state condotte in Usa (25), seguite da Uk (6), Australia, Canada, Irlanda e Olanda. Quattro studi sono stati condotti in Paesi a basso reddito: Colombia, Sud-Africa, Uganda e Tailandia.

Alcune evidenze

Dall'analisi dei dati è emerso che gli *outcome* dei pazienti, dopo prescrizione operata da infermieri o farmacisti, erano simili a quelli a prescrizione medica. In relazione all'ipertensione, i pazienti trattati con farmaci ricevuti da infermieri e farmacisti hanno fatto registrare livelli pressori inferiori rispetto ai soggetti in terapia con medici (-5,31 mmHg in 12 trial per un totale di 4.229 pazienti).
Situazioni analoghe si sono registrate riguardo ai valori di colesterolemia-Ldl (-0,21 mmol/L in 7 trial, per un totale di 1.469 partecipanti) ed emoglobina glicata (-0,62%) in 6 trial, con 775 arruolati).
L'adesione al trattamento, la soddisfazione del paziente e la qualità di vita correlata alla salute sono risultate simili nei soggetti in terapia con farmaci prescritti tanto da medici quanto da infermieri o farmacisti. Non sono state invece riscontrate sufficienti evidenze per affermare con certezza se i prescrittori indipendenti abbiano effettivamente usato meno risorse, fatto risparmiare tempo ai medici o ridotto la comparsa di effetti avversi.
Secondo gli autori dello studio, la revisione offrirebbe sufficienti rassicurazioni sul fatto che gli operatori sanitari, dopo training specifici, possano prescrivere in modo efficace quanto i medici nel caso di pazienti affetti da cronicità. In particolare, si suggerisce che infermieri e farmacisti potrebbero essere un utile supporto nei centri per la gestione di patologie croniche, quali per esempio cliniche diabetologiche o per il trattamento dell'ipertensione (*Cochrane Database Syst* Rev, 2016 Nov 22; 11: CD011227).

E in Italia è scontro sulle competenze

Nel nostro Paese la discussione tra le parti sul nuovo ruolo e le competenze che le singole professioni sanitarie dovranno svolgere nei nuovi percorsi assistenziali al malato è ancora aperta e molto accesa, soprattutto tra medici e infermieri.
Non si placano le polemiche e le diatribe scatenate dal comma 566 della legge di stabilità del 2015. A tale riguardo è bene ricordare che nel 2014 tra le professioni sanitarie a fare un balzo in avanti sono stati proprio gli infermieri quando il patto salute ha riservato agli ordinamenti dei corsi universitari delle scienze infer-

mieristiche competenze avanzate in cure primarie, emergenza-urgenza, medicina 'interna", chirurgia, pediatria, e salute mentale-dipendenze.
Il comma 566 della Finanziaria 2015 ha poi confermato le competenze avanzate degli infermieri, riservando ai medici "atti specialistici e complessi".
Nel frattempo, però, le competenze diagnostiche e terapeutiche potrebbero essere estese, in tempi brevi, a tutti gli operatori sanitari. Lo prevede, sottovoce, la recente legge sulla responsabilità dei professionisti sanitari (*G.U.* n. 64 del 17/03/2017).
Nel testo viene precisato che "Gli esercenti delle professioni, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida..." (art. 5, comma 1).
Tale dettato, che non ha subito alcuna modifica durante le letture e riletture nelle Commissioni e nelle aule del Parlamento, non precisa che i singoli operatori "devono avere specifica competenza" nell'erogare le varie prestazioni.
Ora, come se non bastasse, si aggiunge la revisione Cochrane a surriscaldare gli animi.

Ad ognuno il suo mestiere

"Per quanto riguarda le prescrizioni - commenta a *M.D.* **Guido Marinoni**, medico di famiglia e membro del Comitato Centrale FNOMCeO - bisognerà capire meglio come si evolverà il quadro normativo. Se una norma, per esempio, stabilirà che un paziente iperteso dovrà ripetere la prescrizione ogni due mesi, forse non sarà necessario che sia il medico a farla".
"Certo - precisa - va mantenuto sempre un caposaldo in questo discorso: al medico spettano la diagnosi e la prescrizione della terapia; non per far girare tutto intorno al medico, ma perché ognuno possa fare bene il suo mestiere viste le tante attività che si configurano all'orizzonte per la gestione delle cronicità".
Marinoni parla di *task shifting*, un riposizionamento delle professioni sanitarie necessario, visto il cambiamento di paradigma in corso; un mutamento che si intreccia a condizioni contingenti che non si possono evitare né, tantomeno, non vedere: "non dobbiamo mai perdere di vista la stella polare del rapporto fiduciario tra medico di famiglia e paziente - evidenzia - è il cardine del nostro sistema delle cure primarie, anche se viene recepito con fatica dal mondo politico".
"Tenendo presente questo riferimento, non possiamo evitare altri elementi contingenti, ma caratterizzanti lo sviluppo delle cure territoriali: su tutti il calo del numero di medici di medicina generale".
"Facendo un rapido calcolo per la regione dove lavoro, in Lombardia - ma il resto d'Italia non è molto diverso con le dovute proporzioni - nei prossimi dieci anni e qualora si raddoppiassero i posti nel corso di medicina generale, ciascun medico di famiglia si ritroverà con 2.000 assistiti; se il raddoppio dei posti non dovesse avvenire si sfonderebbe quota 3.000: un sistema insostenibile!"
Il messaggio lanciato da Marinoni è chiaro: tutto si può surrogare, anche i medici di famiglia che mancheranno nei prossimi anni, "ma questo avviene nei Paesi in via di sviluppo. Si può pensare che in Italia, esempio per tanto anni di assistenza sanitaria, crolli proprio il pilastro della medicina generale?".

Lavorare in squadra

Revisioni Cochrane, comma 566, legge sulla responsabilità professionale, sono tutti tasselli di un dibattito in cui la figura e il ruolo del medico di medicina generale è centrale: "bisogna lavorare perché il medico mantenga una cifra sostenibile di assistiti - continua Marinoni - affiancato certo da un infermiere e altre figure pronte a collaborare per un servizio migliore".
"Parlando nello specifico dell'infermiere - conclude - è opportuno che faccia il cosiddetto case manager, una figura fondamentale che accompagna, per esempio, il paziente lungo il suo PAI (Percorso di Assistenza Individuale, *ndr*) per tutte quelle incombenze come la prenotazione di visite o la comunicazione dell'esito di un esame.
Infermiere che non deve lavorare per conto suo facendo una sorta di dirigente del distretto, come spesso si sente dire, ma deve lavorare a stretto contatto con il medico di famiglia".

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Guido Marinoni

Fattura di prestazioni sanitarie tra obblighi ed esenzioni

Le disposizioni contenute nella risoluzione n.98/E dell'Agenzia delle Entrate del 25 novembre 2015 nei rapporti con le Asl escludono dagli obblighi della fatturazione elettronica i medici operanti in regime di convenzione con il Ssn

Flavia Marin - *Economista (Pordenone)*

I medici in regime di convenzione con il Ssn nei rapporti con le Aziende Sanitarie Locali (Asl) sono esclusi dagli obblighi della fatturazione elettronica, previsti in generale dall'art. 1 commi 209-213 della legge n. 244/2007 e dal D.M. di attuazione n. 55/2013, secondo le disposizioni contenute nella risoluzione n.98/E dell'Agenzia delle Entrate del 25/11/2015 . Ai sensi del D.M. 31 ottobre 1974 art. 2, in merito alle prestazioni medico-sanitarie svolte dai medici in favore degli enti mutualistici, in applicazione della delega contenuta nell'art. 73 del DPR 633/1972, la fattura è sostituita dal foglio di liquidazione dei corrispettivi compilato dagli enti stessi e quindi non c'è obbligo di fatturazione elettronica. Il cedolino pervenuto dall'Azienda Sanitaria, contenente gli elementi essenziali della fattura (dati indicati nel comma 2 dell'art. 21 del DPR n. 633/1972), sostituisce infatti la fattura, prima cartacea e ora elettronica, risparmiando così un ulteriore adempimento amministrativo ai medici convenzionati per le prestazioni svolte per le Asl.

L'Agenzia delle Entrate precisa che l'obbligo di fatturazione elettronica non ha creato una categoria sostanziale diversa dalla fattura "ordinaria", continuano ad applicarsi tutte le normative previgenti emanate. L'art. 1, commi 325-328, della legge n. 228/2012 ha modificato la disciplina della fatturazione disposta dal DPR n. 633/1972, dal D.L n. 331/1993 e dalla legge n. 18/1983. Le disposizioni vigenti sono riassunte al punto 6 nella circolare n. 12/E del 3 maggio 2013 dell'Agenzia delle Entrate.

Riguardo alla fattura rilasciata agli utenti/clienti, la normativa prevede che debba contenere i seguenti elementi essenziali:

1. le indicazioni della natura, qualità e quantità dei beni e dei servizi formanti oggetto dell'operazione (art. 21 del DPR n. 633/1972), risponde a oggettive finalità di trasparenza e di conoscibilità, essendo funzionali a consentire l'espletamento delle attività di verifica da parte dell'Amministrazione finanziaria ed a consentire l'esatta e precisa identificazione dell'oggetto della prestazione. Pertanto un'indicazione generica dell'operazione fatturata non soddisfa le finalità conoscitive che la norma intende assicurare e di conseguenza legittima l'irrogazione di una sanzione (Cassazione, sentenza 21980/2015).

2. L'esatta indicazione del beneficiario/cessionario/committente, se non si tratta di impresa o ente, con nome, cognome, residenza o domicilio (Cassazione sez Pen III, n. 10394 del 16/03/2010).

3. Il numero di partita IVA se soggetto passivo o, in caso contrario, il numero di codice fiscale.

La fattura per prestazioni sanitarie esenti da IVA deve riportare l'annotazione "*prestazione esente*" (art. 10 del DPR n. 633/1972).

La fattura deve essere emessa al momento dell'effettuazione della prestazione (art. 6 del DPR n. 633/1972).

Nei casi estremi di omissione degli elementi essenziali, la fattura generica può essere considerata relativa a operazioni inesistenti (articolo 21, comma 7, DPR 633/1972), con eventuale rilevanza penale (articolo 2 del DLgs 74/2000). Ai fini della normativa sulla privacy, la verifica fiscale delle fatture costituisce un dovere d'ufficio di rilevante interesse pubblico (artt.67, D Lgs 196/2003) e come tale ai sensi dell'art.24 del DLgs 196/2003 è eseguibile dalle autorità competenti anche senza il consenso del medico interessato.

AGGIORNAMENTI

■ **ALLERGOLOGIA**
Asma e temporali primaverili, un binomio pericoloso

■ **ANGIOLOGIA**
Ridurre le amputazioni nell'arteriopatia periferica

■ **FARMACOLOGIA**
Ruolo della vitamina D nelle patologie extrascheletriche

■ **GASTROENTEROLOGIA**
AIGO: cinque pratiche a rischio di inappropriatezza

■ **MALATTIE RARE**
Panoramica sulle innovazioni cliniche e terapeutiche

■ **MALATTIE INFETTIVE**
Efficacia della vaccinazione contro il virus dell'epatite A

■ **ONCOLOGIA**
Melanoma e tumore al polmone: i risultati dell'immunoterapia

ALLERGOLOGIA

Asma e temporali primaverili, un binomio pericoloso

È convinzione comune che la pioggia, durante una stagione pollinica, soprattutto in primavera-estate, possa ridurre in atmosfera il contenuto di allergeni per abbattimento al suolo dei pollini emessi dalle specie vegetali. Ciò è vero solo in parte, e lo dimostra il fatto che, soprattutto nella prima ora dall'inizio di un temporale, è stato riscontrato un peggioramento - anche grave - in soggetti con allergopatia stagionale, sia di tipo rinitico che asmatico.

Le epidemie insorgono quando le concentrazioni atmosferiche di pollini allergenici (soprattutto graminacee e Parietaria, ma ci sono segnalazioni anche con l'olivo e con un micete come l'Alternaria, che in realtà è un aeroallergene più estivo che primaverile) sono molto alte. Nell'area mediterranea ciò avviene soprattutto nei mesi di aprile, maggio e giugno.

Sul tema abbiamo chiesto chiarimenti a uno dei maggiori esperti, il Prof. **Gennaro D'amato**, Chairman Committee and Task Force "Climate change, air pollution and respiratory diseases" della WAO (World Allergy Organization), coordinatore del gruppo di lavoro GARD Italia "Ambiente e Malattie Respiratorie" del Ministero della Salute, nonché primario emerito UOC Malattie respiratorie e allergiche, AORN A. Cardarelli di Napoli. D'Amato è anche primo autore di "Thunderstorm related asthma attacks" *(J Allergy Clin Immunol 2017)*, lo studio che descrive come temporali e a volte anche piogge improvvise e intense in primavera inducano un peggioramento della sintomatologia clinica (rinite con starnutazione intensa, tosse ed asma a volte anche grave) in chi soffre di allergia ai pollini.

Approfondimento

"Quella che era una ipotesi di pochi studiosi (tra cui il mio gruppo di lavoro) ora è diventata scienza condivisa. Purtroppo però ci sono voluti i decessi per asma di Melbourne, dove il 21 novembre scorso, in piena primavera australiana, vi è stato un evento epidemico grave con 9 giovani deceduti per asma grave, 5 ricoverati in rianimazione e ben 8.500 persone che sono ricorse alle cure del PS per *Thunderstorm asthma*.

Anche nel nostro Paese è stata osservata una stretta correlazione tra fasi iniziali dei temporali primaverili e l'insorgenza di sintomi asmatici in soggetti che soffrono di allergia nasale (rinitici con starnutazione frequente) e/o bronchiale (asmatici).

Soprattutto nelle prime fasi dell'evento atmosferico i pollini si gonfiano e poi si rompono liberando allergeni che penetrano in profondità nelle vie aeree, tanto da scatenare asma anche in soggetti con una rinite allergica non adeguatamente trattata - chiarisce D'Amato. Sono pertanto i soggetti allergici che si trovano in strada quando insorge un temporale e non quelli che sono all'interno di abitazioni o luoghi comunque chiusi a presentare i sintomi. Inoltre è stato osservato che persone affette da rinite allergica possono presentare crisi asmatiche improvvise durante i temporali.

Va segnalato che generalmente le persone che presentano crisi di asma più grave nel corso di temporali sono quelle che non eseguono la corretta terapia antiasmatica con adeguato uso inalatorio di broncodilatatori e cortisonici con dosaggi corretti, adattati all'intensità dei sintomi, come consigliato dal proprio medico.

Senza creare allarmismi sarebbe utile consigliare ai pazienti con allergia ai pollini di non uscire dai luoghi chiusi almeno per i primi trenta minuti del temporale e nel caso siano all'esterno di coprirsi il naso, di consultare il calendario pollinico, di seguire la corretta terapia prescritta dal medico".

Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Gennaro D'amato

■ ANGIOLOGIA

Ridurre le amputazioni nell'arteriopatia periferica

L'arteriopatia periferica (AOP) colpisce nel nostro Paese dal 5% all'8% della popolazione, superando il 20% nei soggetti con età > 70 anni e con incidenza ancora superiore quando associata ad altre condizioni cliniche (diabete, obesità, ipercolesterolemia) e al fumo. In occasione della 4ª Edizione delle Giornate Europee su Arteriopatia e Malattie Vascolari (15-19 marzo 2017) lanciate da VAS (*Vascular Independent Research and Education - European Organization*) un convegno dedicato a Milano è stato l'occasione per fare il punto sull'AOP, patologia che se non riconosciuta precocemente è tra le principali cause di disabilità e importante marker di mortalità.

"Pur essendo chiaro alla classe medica che è una patologia estremamente diffusa nella popolazione, l'AOP rimane una malattia sottostimata e per la quale la consapevolezza è ancora scarsa", ha affermato a *M.D.* **Adriana Visonà**, UOC Angiologia, Marca Trevigiana (TV), nonché Presidente SIAPAV.

"Fare diagnosi di AOP significa trovarsi di fronte un paziente che ha una condizione simile a quella di un soggetto con pregresso infarto e con un aumentato rischio di mortalità cardiovascolare. Una diagnosi precoce permetterebbe di ridurre i rischi della patologia e di eliminare le amputazioni vascolari d'arto. La sfida è quella di ascoltare il paziente attentamente quando ci racconta i sintomi, spesso caratteristici come la claudicatio intermittens, quella che chiamiamo 'sindrome delle vetrine'".

Tuttavia molti pazienti sono asintomatici e non vi è sempre la consapevolezza che il dolore alle gambe sotto sforzo possa essere patologico; ad aggravare la situazione molti pazienti con AOP sono asintomatici a causa di altre patologie che possono costringerli all'immobilità a letto o alla riduzione dell'attività di deambulazione, indipendente dal sintomo di dolore, per la presenza di una neuropatia periferica dovuta al diabete.

"Fondamentale è correggere gli eventuali fattori di rischio presenti (dislipidemia, ipertensione, diabete) con farmaci che, associati alla terapia antiaggregante piastrinica, costituiscono la miglior terapia medica. Sono disponibili molecole, per esempio il cilostazolo, che possono essere utilizzate per migliorare la qualità di vita del paziente". Cilostazolo è indicato per aumentare la distanza percorsa a piedi senza dolore e la distanza massima in pazienti con claudicatio intermittens, senza dolore a riposo e senza necrosi dei tessuti periferici. In seconda linea è indicato in pazienti nei quali modifiche dello stile di vita e altri interventi appropriati non hanno migliorato sufficientemente i sintomi della claudicatio intermittens.

Autotest per i pazienti

"Serve informazione, cultura, interesse perché la diagnosi di AOP sia sempre più precoce". È l'auspicio di **Mariella Catalano**, Università degli Studi di Milano, UO Angiologia Osp. L. Sacco di Milano, Presidente VAS e Amavas, la onlus che in Italia diffonde conoscenza e prevenzione delle malattie vascolari. "Per facilitare la diagnosi, il primo semplice passo può essere il FeeTest proposto a livello europeo, coinvolgendo la popolazione nel sospetto diagnostico". Si tratta di un semplice test che permette di arrivare ad un autosospetto di arteriopatia, attraverso un questionario e l'autopalpazione delle arterie del piede.

"Se il risultato lasciasse dubbi o sembra indicativo di arteriopatia, il cittadino si deve rivolgere al Mmg per una conferma. In caso positivo, il Mmg eseguirà il test ABI (indice caviglia-braccio) per la valutazione della funzionalità delle arterie".

Infobox

- VAS: www.vas-int.net
- FeeTest: www.amavas.it/area-popolazione-e-pazienti/feetest-scopri-se-hai-un-arteriopatia-periferica

Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Adriana Visonà

■ FARMACOLOGIA

Ruolo della vitamina D nelle patologie extrascheletriche

Indispensabile per metabolismo, funzionalità e salute del tessuto osseo, la vitamina D sembra rivestire un ruolo di primo piano anche in patologie extrascheletriche, quali malattie cardiovascolari e diabete mellito.
Numerosi studi suggeriscono infatti un'associazione tra carenza di vitamina D e patologie croniche extrascheletriche, ma che andrebbe approfondita avviando su larga scala trial in doppio cieco coinvolgendo sia pazienti con ipovitaminosi D che pazienti con un adeguato stato vitaminico.
Il dibattito sul tema è stato aperto al World Congress On Osteoporosis, Osteoarthritis And Musculoskeletal Diseases (WCO-IOF-ESCEO) svoltosi a Firenze (23–26 marzo 2017). Negli ultimi anni, la scoperta che molti tessuti e cellule del sistema immunitario presentano il recettore per la vitamina D (Vitamin D Receptor, VDR) ha aperto nuovi orizzonti sulle molteplici funzioni di questo ormone. L'analisi della letteratura scientifica sembra confermare che un adeguato stato vitaminico D non è importante solo per la prevenzione di fratture e patologie ossee come l'osteoporosi ma potrebbe influenzare positivamente l'incidenza di patologia croniche extrascheletriche come vari tipi di tumore, diabete, malattie cardiovascolari e autoimmuni.

Osservazioni dalla letteratura

"Dall'analisi della letteratura scientifica - ha dichiarato il Professor **Francesco Bertoldo**, Responsabile della Struttura Funzionale Malattie del Metabolismo Scheletrico e Minerale - dell'Università degli Studi di Verona - sono emersi dati estremamente interessanti sul ruolo della carenza di vitamina D nello sviluppo e nella prognosi di alcune neoplasie. In primo luogo alcuni studi dimostrano come la vitamina D giochi un ruolo importante nella regolazione della crescita delle cellule tumorali e nel modulare il controllo del sistema immunitario sul cancro.
In secondo luogo, i dati epidemiologici in nostro possesso hanno dimostrato un aumento della prevalenza di diversi tipi di cancro - seno, prostata e colon - nelle aree settentrionali dell'emisfero. Dato che ci suggerisce un legame tra la quantità di esposizione ai raggi UV e, di conseguenza, la sintesi attraverso l'epidermide della vitamina D. Infine è emerso che tra i pazienti oncologici vi è un'elevata prevalenza di bassi livelli di vitamina D".
Un numero sempre maggiore di pubblicazioni rivela inoltre che la carenza di vitamina D sia correlata anche a un aumento del rischio di patologie cardiovascolari. Le osservazioni che sia la PAS che la PAD, aumentino con la distanza dall'equatore e che alcuni eventi come il numero di ricoveri ospedalieri aumentino in alcune stagioni, suggeriscono che la vitamina D potrebbe svolgere un ruolo nel modulare sia la salute che la mortalità cardiovascolare.
"Allo stato attuale - ha precisato **Maria Luisa Brandi**, Professore di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo all'Università degli studi di Firenze - le evidenze che legano la vitamina D alla salute cardiovascolare sono numerose sebbene limitate a studi meccanicistici. Anche per quanto riguarda la sua applicazione oncologica, nonostante vi sia un'elevata prevalenza di carenza di vitamina D nei pazienti affetti da cancro, è necessario fare degli approfondimenti.
Sarebbe pertanto assolutamente auspicabile che le evidenze e le esperienze della supplementazione di vitamina D nelle aree cardiovascolare e oncologica potessero essere confermate da studi su larga scala idealmente tra individui a rischio di ipovitaminosi D".

■ GASTROENTEROLOGIA

AIGO: cinque pratiche a rischio di inappropriatezza

L'Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti Ospedalieri (AIGO) ha presentato cinque raccomandazioni su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche oggi disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti ma possono, al contrario, esporli a rischi.
Tra gli esempi significativi vi è l'esame per la ricerca de sangue occulto nelle feci, il più importante strumento di screening del tumore del colon-retto: ogni anno in Italia il 30% di questi test è prescritto in maniera inappropriata a pazienti che non ne hanno una reale necessità.
Con questo documento AIGO aderisce al progetto internazionale "Choosing Wisely", promosso in Italia da Slow Medicine, che ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.
Il documento è stato presentato nell'ambito del convegno annuale della Federazione Italiana delle Società Malattie Apparato Digerente (FISMAD) di Bologna.
Sottolinea **Gioacchino Leandro**, presidente AIGO: "Fare di più non significa per forza fare meglio: oggi assistiamo alla rincorsa in medicina all'utilizzo dell'ultima tecnologia disponibile, all'impiego dell'esame diagnostico più avanzato. Ciò non si traduce necessariamente in un vantaggio per il paziente, anzi spesso sortisce l'effetto opposto: forte della capacità dello strumento, il clinico tende a ridurre il tempo passato con il paziente. Il documento dell'AIGO si muove nella direzione opposta: vogliamo sviluppare maggiormente il dialogo con il paziente, costruendo un rapporto continuativo con lui e cercando insieme, ascoltandolo, non il più avanzato ritrovato della medicina ma quello più adatto a lui".

Le cinque raccomandazioni

Poiché le malattie dell'apparato digerente sono la seconda causa di ospedalizzazione in Italia e rappresentano il 10% di tutti i ricoveri per patologie acute, evitare prestazioni inutili, sia a tutela del paziente sia a difesa delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale, è ancora più importante in ambito gastroenterologico.
I gastroenterologi di AIGO raccomandano a specialisti, medici e pazienti;

1. Non eseguire al di fuori della campagna di screening del tumore del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci.

2. Seguire le raccomandazioni del medico per i controlli successivi a una colonscopia di prevenzione: non è necessario eseguirli più frequentemente perché sono definiti da linee guida nazionali e internazionali di riferimento.

3. Non eseguire gastroscopie di controllo in casi di malattia da reflusso gastroesofageo che non siano particolarmente gravi o a rischio di evoluzione neoplastica. La diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo si basa su una combinazione di sintomi, risposta alla terapia antisecretiva e test diagnostici; l'EGDS consente di diagnosticare ed eventualmente trattare complicanze di malattia; indicazioni ad EGDS di controllo sono limitate a malattia endoscopicamente severa o per conferma diagnostica o sorveglianza dell'esofago di Barrett.

4. Non ripetere ecografie inutilmente negli angiomi epatici di piccole dimensioni, che sono lesioni benigne e senza rischi di evolversi in patologie più gravi.

5. Non assumere gastroprotettori quando si effettua una terapia con farmaci a base di cortisone o per lungo periodo in presenza di disturbi digestivi modesti.

■ MALATTIE RARE

Panoramica sulle innovazioni cliniche e terapeutiche

Distrofia di Duchenne: farmaco per le mutazioni nonsenso

È da poco in commercio in Italia Ataluren, terapia a somministrazione orale per il trattamento della distrofia muscolare di Duchenne (DMD) dovuta a mutazione nonsenso nei pazienti ancora deambulanti di età uguale o >5 anni. La distrofia muscolare di Duchenne è una malattia muscolare progressiva causata dalla mancanza di distrofina, che colpisce in particolare i bambini maschi.
L'esordio è precoce, intorno ai tre anni, e conduce alla perdita della deambulazione e all'insorgere di complicanze che portano al decesso. I primi campanelli d'allarme sono difficoltà nella corsa, fatica nel salire le scale o nell'alzarsi da terra: se un bambino appare pigro e sedentario, in un caso su 3.500 potrebbe trattarsi di DMD e la diagnosi tempestiva è fondamentale. Ataluren è stato sviluppato con una tecnologia che permette alla cellula di bypassare la trascrizione errata nell'RNA messaggero dovuta alla specifica mutazione genetica chiamata non-senso, portando alla creazione di una proteina di distrofina funzionante che è essenziale alla preservazione del muscolo.

Terapia orale per la malattia di Fabry

Autorizzata per la malattia di Fabry la commercializzazione di migalastat, la prima terapia orale (1 cps a giorni alterni) (GU n. 56/2017). Si stima che in Italia le persone con diagnosi accertata di malattia siano circa 600, di questa popolazione, circa il 35%-50% potrà beneficiare del farmaco. Migalastat è indicato in monoterapia come trattamento a lungo termine in pazienti >16 anni con diagnosi accertata di malattia di Fabry caratterizzati da una mutazione suscettibile (dette mutazioni *amenable*). L'approvazione si basa su studi in cui si è verificato che dopo 24 mesi migalastat è risultato efficace nel rallentare il declino della funzionalità renale, nel ridurre l'ipertrofia miocardica, soprattutto in pazienti che presentavano una maggior compromissione di ipertrofia cardiaca, e i disturbi gastrointestinali.

Acido obeticolico per la colangite biliare primitiva

Dopo l'ok dell'UE all'acido obeticolico per il trattamento della colangite biliare primitiva (CBP), anche il NICE lo ha raccomandato per l'uso di routine in Inghilterra, Galles e Irlanda del Nord. La CBC è una malattia autoimmune, cronica e progressiva che colpisce soprattutto le donne, circa una su 1.000 over 40, con il rischio di insufficienza epatica o morte prematura ed è una delle cause principali di trapianto di fegato in questa coorte di pazienti. L'acido obeticolico è un agonista del recettore farnesoide X, regolatore chiave delle vie infiammatorie, fibrotiche, metaboliche e degli acidi biliari. La molecola funziona a livello del fegato aumentando il flusso biliare e sopprimendo la produzione di acidi biliari, riducendo così l'esposizione dell'organo ai livelli tossici di queste sostanze.
L'Italia ha avuto un ruolo essenziale negli studi su questo farmaco ma non solo. Recentemente sono stati resi disponibili i primi dati epidemiologici italiani per la CBP, con una prevalenza stimata di 28 casi su 100.000 e un'incidenza di 5.3 casi su 100.000/anno nel 2015. Lo studio ha un notevole valore perché è stata usata una metodologia innovativa per le malattie rare: studiare l'epidemiologia coinvolgendo i medici di medicina generale (900) e i loro assistiti.

Malattie reumatiche, impariamo da quelle rare

In area reumatologica le malattie rare rappresentano un osservatorio privilegiato sulle caratteristiche e sui meccanismi che sono alla base delle patologie più diffuse e impattanti: questo è l'approccio su cui i clinici si sono confrontati nel corso degli "Incontri di Reumatologia Clinica" (Milano, 16/17 2.2017). Si è affrontato per esempio il caso dell'alcaptonuria, disturbo geneticamente determinato che colpisce le cartilagini: si tratta di una malattia metabolica caratterizzata dall'accumulo di acido omogentisico (HGA) a livello della cute e delle cartilagini articolari, con conseguente comparsa di grave artrosi che esordisce in giovane età. Lo studio della malattia ha portato a comprendere meglio i meccanismi dell'artrosi ed è divenuto modello per lo studio del danno cartilagineo", ha spiegato **Luigi Sinigaglia**, Direttore SC di Reumatologia DH del Gaetano Pini-CTO.

C'è poi l'ipofosfatasia, malattia ereditaria che interessa lo scheletro e i denti, e che si manifesta spesso prima o subito dopo la nascita rendendo fragile l'osso e causando anomalie scheletriche simili al rachitismo. Spiega il dottor **Massimo Varenna**, del Dipartimento di Fisiatria e Reumatologia del Pini-CTO: "Questa rara patologia ci ha permesso di studiare meglio i meccanismi della condrocalcinosi, patologia che interessa articolazioni, tendini e borse sierose, provocata dal deposito di cristalli di pirofosfato di calcio diidrato. La manifestazione di questa malattia è l'artrite acuta di una sola articolazione ed è la causa più comune di monoartrite nell'anziano".

Trattamento mininvasivo della malattia di Dupuytren

Circa 9.000 persone in Italia, soprattutto uomini dai 50 ai 70 anni, presentano la malattia di Dupuytren, patologia cronica e progressiva che provoca la comparsa di noduli sottocutanei nella fascia palmare. Questi, progressivamente, formano un cordone fibromatoso sottocutaneo, che si dispone sopra i tendini, causando la flessione permanente e progressiva di una o più dita, con conseguente rigidità articolare.

Fino a qualche anno fa l'unica soluzione era l'intervento chirurgico, che richiede ampie incisioni esponendo il paziente a tutte quelle complicanze che possono insorgere quando si interviene in aperto. Oggi, invece, il "gold standard" terapeutico è la collagenasi di Clostridium histolyticum, un enzima di origine batterica che permette, tramite una sola iniezione, di rompere la membrana di collagene provocata dalla patologia, ripristinando la funzionalità della mano in tempi rapidi. Nuovi dati ottenuti da un'analisi di follow-up condotta su 100 pazienti trattati, a 3 anni dalla somministrazione della terapia mostrano che nelle articolazioni metacarpo-falangee trattate con collagenasi, la percentuale di recidiva è di gran lunga inferiore rispetto alle altre tecniche.

Un riferimento per le malattie senza diagnosi

Si calcola che il 60% dei bambini italiani con età <16 anni e con malattie rare attende in media 2 anni per ricevere una diagnosi dopo la comparsa dei primi sintomi e il 40% resta senza diagnosi.

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, ha attivato un ambulatorio dedicato ai bambini e alle famiglie con malattia senza diagnosi. La struttura opera sia a distanza, attraverso l'esame della documentazione trasmessa al centro, sia direttamente, attraverso prestazioni cliniche sui pazienti. Il nuovo percorso dedicato si affianca al già esistente ambulatorio per le malattie rare che offre la possibilità di una valutazione multidisciplinare da parte degli specialisti che collegialmente esaminano la documentazione clinica del paziente e lo visitano. L'approccio multidisciplinare favorisce il raggiungimento di ipotesi terapeutiche adeguate all'esigenza del singolo paziente.

Contatti

- malattieraresenzadiagnosi@opbg.net
- www.ospedalebambinogesu.it/ambulatorio-malattie-rare

MALATTIE INFETTIVE

Efficacia della vaccinazione contro il virus dell'epatite A

Attestata la presenza di focolai di epatite A in diversi Paesi europei: secondo il rapporto "Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men" pubblicato dall'European Centre for Disease Prevention and Control (febbraio) la presenza di focolai coinvolge 13 paesi europei, tra cui anche l'Italia.
Nel periodo agosto 2016-febbraio 2017 nel nostro Paese sono stati notificati al Seieva (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta) 583 casi (un numero di quasi 5 volte maggiore rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente), con un'incidenza pari a 2.2 x 100.000 anni-persona. L'età mediana è di 34 anni e per l'85% dei casi è di sesso maschile. Oltre ai fattori di rischio classicamente riconosciuti (viaggi in zone endemiche e consumo di frutti di mare), un'alta percentuale dei casi (61%) dichiara preferenze omosessuali (Msm, men who have sex with men - uomini che fanno sesso con gli uomini). Anche a livello europeo la maggioranza dei pazienti sono Msm e tra i casi vi è una sola donna.
Da un confronto regionale emerge che nei primi mesi epidemici, il maggior incremento di casi era stato osservato nel Lazio. In seguito un incremento dei casi, rispetto all'atteso, è stato riscontrato anche in altre Regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Puglia).

A chi consigliare il vaccino

A mettere in guardia contro il virus è la Società italiana di Malattie infettive e tropicali (Simit) che rilancia l'efficacia del vaccino.
"Si tratta comunque di poche decine di casi e la diffusione della malattia nella popolazione generale si mantiene estremamente bassa (intorno a 0.6 casi ogni 100.000 abitanti)" sottolinea la Simit. "Nel caso dell'epatite A, la protezione con il condom - ha precisato **Giovanni Battista Gaeta**, Seconda Università di Napoli - non impedisce la trasmissione per via fecale-orale a seguito di contatti sessuali oro-anali. Nella pratica il vaccino contro l'epatite A è dotato di buona efficacia nel prevenire i casi di contagio e pertanto va consigliato nell'immediato ai contatti dei casi affetti (compresi i familiari conviventi) e più in generale a tutti i soggetti esposti al rischio a causa delle proprie abitudini sessuali. Per ottenere quest'ultimo obiettivo è indispensabile una campagna di informazione".
La vaccinazione contro il virus dell'epatite A è espressamente raccomandata nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale per i maschi che fanno sesso con maschi e l'efficacia della vaccinazione nel ridurre il rischio di infezione anche in corso di epidemia è stata recentemente dimostrata a Taiwan.
"In uno studio che ha coinvolto più di 1500 Msm con infezione da HIV attuato durante un'epidemia di epatite A che ha causato oltre 750 casi, chi non ha accettato di sottoporsi alla vaccinazione - ha spiegato **Massimo Galli**, Ordinario di Malattie Infettive Università degli Studi di Milano e vicepresidente Simit - ha manifestato l'epatite 16.5 volte più frequentemente rispetto a coloro che hanno ricevuto anche una sola dose di vaccino. Ciò ha consentito di determinare in questo caso un'efficacia del 93,6% della vaccinazione, nonostante la sua somministrazione potesse essere considerata tardiva rispetto allo svilupparsi dell'epidemia. I risultati di questo studio, ulteriormente confermano l'indicazione della vaccinazione per l'epatite A per gli Msm".
Anche l'ISS ribadisce che "la vaccinazione è fortemente raccomandata per gli Msm ed è necessario promuovere un'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'epatite A (o se necessario utilizzare vaccini combinati contro l'epatite A e B), con il coinvolgimento di associazioni specifiche, o altri canali target per questa popolazione".

■ ONCOLOGIA

Melanoma e tumore al polmone: i risultati dell'immunoterapia

Presentati al Congresso dell'American Association for Cancer Research (AACR) di Washington (1-5 aprile 2017) nuovi dati sui farmaci immunoterapici, in particolare nel melanoma e nel tumore al polmone che alimentano molte speranze.

Melanoma

In dieci anni in Italia sono quasi raddoppiate le diagnosi di melanoma: nel 2006 erano poco più di 7.000, 13.800 nel 2016. La prima molecola immuno-oncologica approvata, ipilimumab, ha dimostrato risultati importanti: il 20% delle persone colpite dalla malattia in fase metastatica è vivo a 10 anni dalla diagnosi.
Ulteriori avanzamenti sono stati compiuti con nivolumab, nuova molecola immuno-oncologica, sia in monoterapia che in combinazione con ipilimumab (indipendentemente dall'espressione di PD-L1). In particolare i tassi di sopravvivenza a due anni con la combinazione hanno raggiunto il 64% rispetto al 59% con nivolumab da solo e al 45% con ipilimumab (in monoterapia).
"Questi risultati - ha spiegato **Paolo Ascierto**, direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione 'G. Pascale' di Napoli - sono rilevanti soprattutto per i pazienti colpiti dalla patologia in forma aggressiva, in questi casi infatti è importante disporre di una terapia che offra risposte immediate". Nel nostro Paese vivono più di 129mila persone dopo la diagnosi. I giovani sono fra i più colpiti, questo tumore della pelle particolarmente aggressivo è infatti il terzo più frequente negli under 50.
Lo studio CheckMate-067 di fase III ha valutato la combinazione di nivolumab e ipilimumab o nivolumab in monoterapia rispetto alla monoterapia con ipilimumab in 945 pazienti con melanoma avanzato non trattati precedentemente. "Le analisi descrittive hanno mostrato che il regime di combinazione ha offerto una riduzione del rischio di morte del 12% rispetto a nivolumab da solo. Inoltre si è registrato un vantaggio di circa il 15% del tasso di risposta obiettiva con la combinazione: le risposte sono state più veloci, più profonde, con una maggiore riduzione del tumore, e più durature. Il tasso di risposta obiettiva è stato del 58,9% con la combinazione rispetto al 44,65% ottenuto con nivolumab da solo e al 19% con ipilimumab in monoterapia. Allungando il follow-up, ci si attende un vantaggio migliore anche in sopravvivenza che rifletta il vantaggio della numerosità delle risposte" - ha sottolineato Ascierto.

Tumore del polmone

Il 16% dei pazienti con tumore del polmone trattati con l'immunoterapico nivolumab è vivo a 5 anni, un dato che ha portato gli oncologi a parlare di "sopravvivenza a lungo termine" per una delle neoplasie più frequenti, che nel 2016 ha registrato in Italia oltre 41mila nuovi casi.
Il dato emerge dallo studio CA209-003: 129 pazienti con un carcinoma polmonare in stadio avanzato, già sottoposti a diversi cicli di altre terapie, sono stati trattati con nivolumab: dopo in media 58 mesi di trattamento era ancora in vita il 16% dei partecipanti. "Sebbene lo studio sia di fase 1, siamo di fronte a un risultato importante, perché è il primo vero passo in avanti negli ultimi venti anni in questa malattia - ha affermato **Michele Maio**, direttore di Immunoterapia Oncologica e del Centro di Immuno-Oncologia del Policlinico.

• Nel 2016 AIFA aveva attribuito la rimborsabilità a nivolumab per il trattamento del melanoma avanzato e del tumore del polmone non a piccole cellule squamoso avanzato. Nel febbraio 2017 la molecola è stata approvata anche nel carcinoma a cellule renali e nel tumore del polmone non a piccole cellule non squamoso avanzato.

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

Lo seguo da quando era bambino, già in adolescenza aveva manifestato atteggiamenti omosessuali, il suo orientamento sessuale si è chiarito del tutto nel tempo e il rapporto che ha instaurato con il sottoscritto è sempre stato basato su sincerità, trasparenza e fiducia.
Ricordo quando da bambino veniva accompagnato dalla mamma in ambulatorio, ricordo il suo berretto di lana e ricordo pure il disegno di un dinosauro che mi ha regalato con una dedica affettuosissima. Oggi sono rimasto perplesso quando è venuto a chiedermi del Viagra perché deve esibirsi in pubblico in un locale per gay e deve girare dei film pornografici. "Stai attento, sono ambienti particolari, non si sa mai come va a finire" e lui "Intanto mi diverto!".

Martedì

Ho prescritto ad un mio paziente con pregresso infarto del miocardio una scintigrafia miocardica, è tornato in studio con un foglietto riportante le modalità corrette di prescrizione dell'esame, letteralmente: "Vanno compilate due impegnative:

- sulla prima impegnativa (parte medico nucleare) vanno segnati i seguenti codici: 92.09.2 per due volte (rispettivamente una scintigrafia a riposo e l'altra per scintigrafia dopo stimolo) associato a 92.09.8 per due volte (il codice si riferisce all'acquisizione sincronizzata con ECG);
- sulla seconda impegnativa (parte cardiologica) vanno segnalati i seguenti codici: 89.01.3 per visita cardiologica e 89.43 per test da sforzo."

I termini "prima e seconda" riportati in grassetto. Mi ero illuso di fare il medico, ma sono solo un medico "di base", per la pubblica amministrazione un segretario, un impiegato a disposizione della burocrazia.

Mercoledì

Invio una mia paziente con algie addominali e sangue occulto fecale positivo a eseguire una colonscopia. Le viene riscontrata una neoplasia del sigma. La signora torna perché le spieghi di cosa soffre, quale sarà l'iter diagnostico e terapeutico, quali saranno le complicanze di una eventuale terapia chirurgica e chemioterapica, vuole sapere a quale reparto di chirurgia affidarsi e in ultima analisi vuole sapere se se la caverà o meno. Quando le hanno consegnato il referto della colonscopia le hanno detto ben poco e le hanno detto pure che non sarebbe servito che mi facesse vedere l'esito dell'esame che avevo richiesto, avrebbero pensato a tutto loro… ovviamente.

Sono anni ormai che faccio da tutor ai neolaureati che devono sostenere l'Esame di Stato e progressivamente ho visto un peggioramento (per non dire la scomparsa) della formazione umanistica nei giovani colleghi. Non solo, quasi tutti, alla laurea, sono già orientati verso una sub specialità eppure la medicina è fatta oltre che di conoscenze scientifiche e di modelli organizzativo-professionali anche di conoscenze umanistiche. Stiamo formando dei tecnici, dei "dirigenti", non so se stiamo ancora formando medici.

Giovedì

■ La madre è anziana, ultranovantenne ma ancora lucida e collaborante. "Dottore, ma è vecchia e io non ho tempo di portarla a fare gli esami del sangue, devo lavorare". "Va bene signora le attivo l'assistenza domiciliare, l'infermiere verrà a casa a fare il prelievo, basta che porti questa impegnativa al distretto". "Dottore, ma io devo lavorare, non può inviarla lei al distretto? E poi la risposta degli esami dove la trovo? E devo poi fargliela vedere?". In Italia non solo esiste il diritto alla salute (concetto diverso dal diritto di cura) ma sembra che oltre al diritto all'assistenza vi sia anche quello alla servitù.

■ Si rivolge alla Guardia Medica di sabato pomeriggio per febbre e cefalea, le viene consigliato di rivolgersi al Pronto soccorso. Viene ricoverata in neurologia, vengono eseguiti, oltre ai soliti esami di routine, una serie di accertamenti per individuare la causa della febbre e della cefalea: Tac del cranio, esame del liquido cefalorachidiano, angio-RM cerebrale, visita internista ecc. Tutti gli accertamenti nella norma. Viene oggi a portarmi la lettera di dimissione, ha ancora cefalea e febbricola, la visito e riscontro una tonsillite purulenta. Nessuno durante il ricovero le ha mai guardato in gola.

Venerdì

■ Vedo oggi, per la prima volta, una giovane, appena trasferita da un'altra città, che è venuta perché ha bisogno di un certificato per il rinnovo della patente di guida. Approfitto per raccogliere la sua storia medica, per visitarla, per conoscere quali sono le sue aspettative e come desidera che sia impostato il nostro rapporto. Tra le altre cose mi dice che ha dei condilomi vulvari. Le dico che è bene che anche il suo compagno mi venga a trovare perché molto probabilmente ne sarà affetto anche lui. "No, lui desidera mantenere il medico della città in cui risiedevamo, ha avuto alcuni problemi importanti, si fida solo di lui." "Bene" rispondo "allora è importante che si faccia vedere da lui". Questo brevissimo scambio di battute mi ha risvegliato un sentimento di orgoglio e di appartenenza; l'apprezzamento, la fiducia e la stima che il paziente ha manifestato verso il suo medico di famiglia mi ha ricordato che esercito la più bella professione del mondo.

■ Ha un leggero fastidio al ginocchio sinistro, è già stato operato alcuni anni fa per una lesione meniscale. Gli prescrivo, per sicurezza, una risonanza magnetica di controllo, mi ringrazia e uscendo, sorridendo, mi dice: "Sa dottore, sono tornato ieri, ho fatto tutto il cammino di Compostela, ottocento chilometri a piedi in un mese".

■ Viene a dirmi che non ha appetito, che è dimagrito di dieci chili e che ha mal di stomaco. La gastroscopia evidenzia una neoplasia sottocardiale. Invio il paziente all'Istituto Oncologico, vengono eseguiti gli esami di stadiazione e viene impostata una chemioterapia. Tutto questo in poco più di una settimana, il paziente stenta ancora a rendersene conto: "Dottore, mi sento come un bambino bastonato".

Sabato

■ C'è un periodo della vita in cui ci si accorge di essere diventati vecchi e di essere considerati vecchi. C'è un periodo in cui ci si accorge di non avere più memoria e di non avere più sonno. C'è un periodo in cui non si hanno più i vecchi amici e i figli ti trattano con pietà. La vecchiaia, la solitudine e la coscienza di non essere lontani dalla fine sono fonte di depressione, molto spesso mascherata, non manifestata per vergogna. Ieri è venuta in studio, accompagnata dal figlio una paziente che seguo da molti anni, una signora distinta, vedova, sola. Mi ha confessato di aver perso molta memoria recente e di non accettare di frequentare centri per anziani, "dove si gioca a carte e nient'altro". Di nascosto dal figlio mi dice: "Vorrei farla finita ma non lo faccio perché non voglio che i miei nipoti si vergognino di me; mi capisce vero dottore?".

■ Due casi di sifilide in una settimana, l'epidemiologia si sta modificando con la demografia.

Il ruolo del medico di famiglia nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

Il Mmg può giocare un ruolo cruciale nella gestione dei disturbi dell'alimentazione. Spesso si trova in difficoltà davanti ai pazienti che soffrono di questa psicopatologia per mancanza di formazione specifica su quali interventi diagnostici e terapeutici eseguire. Scopo dell'articolo è fornire alcune informazioni e suggerimenti su come identificare precocemente i nuovi casi, valutare il rischio fisico associato, effettuare l'intervento motivazionale ed educativo, inviare il paziente a un centro specialistico e monitorare il paziente durante la cura specialistica e il follow-up.

Riccardo Dalle Grave

Responsabile Scientifico Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP)
Responsabile Unità di Riabilitazione Nutrizionale Casa di Cura Villa Garda (Garda - VR)

Identificazione di nuovi casi

Gli studi disponibili indicano che meno della metà dei casi di disturbi dell'alimentazione sono identificati nelle cure primarie. Nonostante ciò, i pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione consultano il Mmg frequentemente prima di ricevere la diagnosi per un'ampia varietà di sintomi gastrointestinali, ginecologici e psicologici che potrebbero, se accuratamente valutati, far sospettare la diagnosi di un disturbo dell'alimentazione.

La difficoltà che devono affrontare i Mmg nel diagnosticare un disturbo dell'alimentazione derivano da due motivi principali. Il primo riguarda la natura della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione, caratterizzata da negazione, ambivalenza, segretezza e vergogna, che rende difficile per il paziente parlare apertamente del suo problema alimentare con il medico curante. Il secondo è la scarsa esperienza dei Mmg nella gestione dei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione, che li può portare a essere ansiosi e insicuri sul comportamento da tenere o a sottovalutare i sintomi iniziali del disturbo. Inoltre, la diagnosi è spesso ritardata se il medico non è a conoscenza che i disturbi dell'alimentazione possono insorgere anche in gruppi non a rischio come le bambine, le donne adulte e i maschi.

L'identificazione precoce dei disturbi dell'alimentazione è importante perché può aiutare il paziente a iniziare una cura più rapidamente e, come dimostrato da alcune ricerche, migliorare la prognosi di questa psicopatologia. I medici che operano al primo livello di cura sono in una buona posizione per identificare i pazienti che presentano i i prodromi o i primi sintomi del disturbo dell'alimentazione. L'uso di alcuni questionari semplici di screening può facilitare questo processo, ma il più efficace strumento è che il medico pensi alla possibilità che il paziente possa avere un disturbo dell'alimentazione.

In concreto, non è pratico né conveniente che il Mmg esegua uno screening per i disturbi dell'alimentazione a tutti i suoi assistiti, perché la loro prevalenza nella popolazione generale è bassa. È più utile, invece, che effettui uno screening in ogni nuovo paziente con un paio di domande durante la raccolta dell'anamnesi, per esempio: "Pensa di avere un problema alimentare?" e "Si preoccupa eccessivamente del peso e della forma del suo corpo?". Se il paziente risponde in modo affermativo a una di queste due domande, il medico dovrebbe chiedere, in modo empatico e non giudicante, quali sono i comportamenti che adotta per controllare il peso e la forma del suo corpo.

Quando sospettare l'anoressia nervosa

I pazienti con anoressia nervosa di recente insorgenza sono in genere adolescenti o giovani donne adulte e spesso arrivano a consultare il Mmg sotto la pressione dei familiari. Le caratteristiche che fanno sospettare l'anoressia nervosa sono:

• perdita di peso e un IMC <18.5 o il corrispondente percentile di IMC se il paziente ha <18 anni;
• paura irragionevole di ingrassare;
• eccessiva valutazione di sé basata in modo predominante o esclusivo su peso e sulla forma del corpo;
• comparsa di amenorrea secondaria (anche se non è più considerata un criterio diagnostico necessario per la diagnosi di anoressia nervosa).
Queste caratteristiche sono spesso associate a cambiamenti dell'umore, isolamento sociale, ansia e disturbi gastrointestinali.
Nelle fasi inziali il paziente si può presentare dal medico, anche prima di avere raggiunto una marcata perdita di peso, riportando sintomi fisici aspecifici (dolori addominali, gonfiore addominale, stipsi, intolleranza al freddo, perdita di capelli, alterazioni della pelle e delle unghie). La presenza di amenorrea associata a una perdita di peso non spiegata va sempre investigata nella popolazione a rischio. A volte allergie o intolleranze alimentari presunte e la sindrome da stanchezza cronica possono precedere l'insorgenza di un disturbo dell'alimentazione e causare una confusione diagnostica. L'arresto della crescita nei bambini deve sempre far sospettare la presenza di un disturbo dell'alimentazione.
In genere, i casi tipici di anoressia nervosa possono essere diagnosticati dal Mmg senza troppa difficoltà con la raccolta dell'anamnesi e la valutazione empatica del comportamento alimentare e delle attitudini del paziente nei confronti del peso e della forma del suo corpo. Al contrario, la diagnosi è spesso ritardata quando il medico prescrive un eccesso di esami o invia il paziente a specialisti che non si occupano di disturbi dell'alimentazione (ginecologo, allergologo, gastroenterologo).

▸ *Quando sospettare la bulimia nervosa*

Generalmente i pazienti con bulimia nervosa hanno un'età maggiore di quelli con anoressia nervosa e spesso richiedono la consultazione del Mmg da soli. A volte è presente una storia pregressa di anoressia nervosa o di insoddisfazione corporea associata e di vari tentativi di perdita di peso. Con appropriate domande emerge che questi pazienti adottano regole dietetiche estreme e rigide interrotte da episodi ricorrenti di abbuffate (definiti come l'assunzione di una grande quantità di cibo associata alla sensazione di perdita di controllo) seguiti dall'uso di comportamenti di compenso, come il vomito autoindotto e l'uso improprio di lassativi e diuretici. Come nell'anoressia nervosa è presente un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo.
Nel caso il paziente non sveli la presenza di un problema alimentare, alcuni sintomi e segni fisici possono indirizzare verso la diagnosi di bulimia nervosa. I sintomi specifici includono la richiesta di perdita di peso e la preoccupazione per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione. I sintomi non specifici includono stanchezza, sensazione di gonfiore addominale, dolore addominale, stipsi, diarrea, pirosi gastrica e mal di gola. I segni fisici, non sempre presenti, sono la conseguenza del vomito autoindotto (per es. erosioni sul dorso delle mani, erosioni dello smalto dei denti, ingrossamento delle ghiandole parotidee).

▸ *Quando sospettare il disturbo da binge-eating*

Nella maggior parte dei casi i pazienti con disturbo da binge-eating richiedono direttamente consiglio al Mmg per la presenza di obesità e/o per la loro difficoltà a controllare l'alimentazione.
Il disturbo, sebbene condivida con la bulimia nervosa gli episodi di abbuffate, presenta le seguenti differenze:
• gli episodi di abbuffate non sono seguiti dall'utilizzo regolare di comportamento di compenso;
• gli episodi di abbuffate accadono in situazioni in cui è presente una tendenza generale a mangiare in eccesso piuttosto che di restrizione dietetica; ciò spiega la forte associazione del disturbo con l'obesità;
• è frequente anche negli uomini.
Le persone che ne sono affette si preoccupano moltissimo del proprio comportamento e lo giudicano un serio problema, sia per la sensazione di perdita di controllo che provano, sia per le implicazioni che le abbuffate possono avere sul peso corporeo e sulla salute. Spesso coesistono con il disturbo da binge-eating altri disturbi mentali, come i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia e i disturbi da uso di sostanze; l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, invece, è presente in circa il 50% dei casi.

▸ *Diagnosi differenziale*

Le principali diagnosi differenziali che il Mmg dovrebbe considerare sono:
• **Perdita di peso:** malassorbimento (per es. morbo celiaco, malattie infiammatorie intestinali), neoplasie, uso illecito di sostanze stupefacenti, infezioni (per es. TBC), malattie autoimmunitarie, malattie endocrine (per es. ipertiroidismo).
• **Amenorrea:** gravidanza, ovaio policistico, prolattinoma e altre malattie ipotalamiche.
• **Disturbi psichiatrici:** depressione clinica, disturbo ossessivo compulsivo, somatizzazioni e, raramente, psicosi.

Valutazione del rischio fisico

Una volta confermato il sospetto di un possibile disturbo dell'alimentazione, il Mmg dovrebbe valutare il rischio fisico del paziente attraverso un accurato esame obiettivo e la prescrizione di esami bioumorali e strumentali.
L'esame obiettivo dovrebbe includere:

- **Misurazione del peso e dell'altezza.** Il tasso di perdita di peso negli ultimi tre mesi è un importante indicatore da valutare e una perdita di peso >1 kg la settimana per varie settimane può porre le indicazioni per un ricovero urgente. Gli adolescenti, inoltre, hanno un aumentato rischio associato alla perdita di peso perché hanno minori depositi di grasso e organi ancora immaturi. In questi casi va valutato il percentile di IMC che, quando è al di sotto disotto del 5° percentile, indica una condizione di sottopeso. L'uso delle curve di accrescimento del peso e dell'altezza sono anche utili per valutare la presenza di un'eventuale arresto della crescita associato alla perdita di peso.
- **Misurazione della FC e della PA.** La presenza di bradicardia marcata (<50/min) e di grave ipotensione (PAS <80 mmHg) indicano la presenza di rischio fisico. Spesso è presente ipotensione posturale.
- **Misurazione della TC.** I pazienti malnutriti hanno in genere le mani e i piedi freddi e una temperatura corporea inferiore ai 36 °C.
- **Esame delle estremità.** La presenza di acrocianosi, palmi delle mani e dei piedi di colore giallo-arancio ed edema sono segni di grave malnutrizione.
- **Auscultazione cardiaca.** La presenza di battiti irregolari in un paziente con disturbo dell'alimentazione indica la presenza di rischio fisico.

La *tabella 1* riporta i principali parametri per valutare il rischio fisico.

Intervento motivazionale ed educativo

I disturbi dell'alimentazione sono patologie egosintoniche: i soggetti colpiti non li considerano un problema e soprattutto nelle fasi iniziali sono contenti del dimagrimento raggiunto e del loro controllo alimentare. In questi ultimi anni sono stati messi a punto specifici interventi e procedure per favorire la motivazione di questi pazienti. Il paziente non va mai confrontato direttamente e criticato per il suo comportamento, ma va aiutato in modo non giudicante ad analizzare il significato del suo comportamento, valutando, a breve e a lungo termine, i vantaggi e gli svantaggi che ha ottenuto dalla perdita di peso e i benefici e i costi che potrà avere da un eventuale cambiamento. Altre domande che possono essere di aiuto sono: *"Mi piacerebbe capire com'è la tua vita attuale… Come vanno le cose? Sei felice? Puoi fare quello che fanno le altre persone? Puoi lasciarti andare ed essere spontaneo? C'è qualcosa che ti piacerebbe che fosse diverso? …Realmente? Hai considerato tutte le cose?* Il colloquio motivazionale deve essere affiancato da un intervento educativo che informi in modo

Tabella 1

Parametri per valutare il rischio fisico nei disturbi dell'alimentazione

	Parametro	Preoccupazione	Allerta
Nutrizione	IMC (kg/m^2)	< 15	< 12
	Perdita peso settimanale (ultime 4)	> 0,5	> 1,0
	Albumina (g/L)	< 35	< 32
	Creatinchinasi (U/L)	> 170	> 250
Cardiovascolare	Pressione sistolica (mmHg)	< 90	< 80
	Pressione diastolica (mmHg)	< 70	< 60
	Calo pressione posturale (mmHg)	> 10	> 20
	Polso (bmin)	< 50	< 60
	QT (msec)		> 450
Temperatura (C°)		< 35	< 34,5
Esami bioumorali	Globuli bianchi (x 10^3 mL)	< 4,0	< 2,0
	Neutrofili (x 10^3 mL)	< 1,5	< 1,0
	Hb (g/dL)	< 11,0	< 9,0
	Piastrine (x 10^3 mL)	< 130	< 110
	K^+ (mEq/L)	< 3,5	< 3,0
	Na^+ (mEq/L	< 135	< 130
	Glucosio (mg/dL)	< 3,5	< 2,5
	AST (U/L)	> 40	> 80
	ALT (U/L)	> 45	> 90

scientifico e non terroristico il paziente dei rischi medici e psicologici del suo disturbo, delle opzioni terapeutiche disponibili e dei positivi risultati che possono ottenere.

Invio ai centri di cura specialistici

Il Mmg dovrebbe essere in rete e avere la possibilità di comunicare con i centri di riferimento dei disturbi dell'alimentazione per richiedere una valutazione specialistica nel caso abbia accertato la presenza o abbia il sospetto di un disturbo dell'alimentazione in un suo assistito. In questo caso dovrebbe preparare una relazione per i colleghi del secondo livello da associare agli esami bioumorali e strumentali eseguiti. Nel caso sia presente una condizione di rischio fisico moderato-elevato o di un'instabilità psichiatrica il medico dovrebbe valutare l'opportunità di fare eseguire una valutazione medica o psichiatrica urgente attraverso l'invio al pronto soccorso di riferimento.
In Italia solo poche Regioni sono organizzate in un sistema di rete e in molti casi l'invio è effettuato a specialisti di conoscenza che non sempre adottano trattamenti basati sull'evidenza o che seguono le linee guida. Dal momento che un trattamento inadeguato può favorire la cronicizzazione del disturbo dell'alimentazione, la scelta del centro di cura secondaria è un passo fondamentale che il Mmg dovrebbe fare con estrema attenzione considerando alcuni elementi.

- È consigliabile che il centro sia specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione e non sia un centro generico di psicoterapia o di dietologia.
- Il centro dovrebbe avere un'équipe composta da almeno un medico, uno psicologo-psicoterapeuta e un dietista/nutrizionista per affrontare le problematiche mediche, psicosociali e nutrizionali dei disturbi dell'alimentazione.
- Il centro dovrebbe essere in contatto con un centro ospedaliero per un eventuale ricovero riabilitativo e day hospital (eventualità che si verifica in circa il 30% dei casi).
- Il centro dovrebbe adottare terapie raccomandate da linee guida e che hanno un'evidenza di efficacia. I trattamenti evidence based per i disturbi dell'alimentazione sono di natura psicologica e includono la terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E, per tutti i disturbi dell'alimentazione); il trattamento basato sulla famiglia (FBT, per gli adolescenti con una breve durata del disturbo dell'alimentazione); la terapia interpersonale (IPT, per la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating).
- I trattamenti psicoterapici che non affrontano nei pazienti sottopeso le problematiche alimentari dovrebbero essere evitati: tendono a perpetuare il disturbo dell'alimentazione ed espongono i pazienti a rischio fisico.
- I trattamenti esclusivamente dietologici dovrebbero essere evitati perché tendono a intensificare le preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo dei pazienti.
- I trattamenti dovrebbero fornire sia un programma nutrizionale per la normalizzazione del peso e del comportamento alimentare sia un trattamento psicoterapico.
- È fondamentale che nell'équipe specialistica sia sempre presente un medico per valutare e trattare le eventuali complicanze mediche associate ai disturbi dell'alimentazione e i disturbi psichiatrici coesistenti.
- Nella cura degli adolescenti, i familiari dovrebbero essere sempre coinvolti attivamente nel trattamento (per es. con i pasti familiari): la ricerca ha infatti evidenziato che il loro coinvolgimento migliora l'esito della cura.
- I trattamenti che non forniscono informazioni chiare sulla durata, costi, risultati, modello teorico di riferimento e linee guida adottate non andrebbero consigliati ai pazienti.

Monitoraggio durante il trattamento specialistico e il follow-up

Nel caso la gestione del paziente con disturbo dell'alimentazione sia condivisa tra il Mmg e il centro di cura secondario, va fatto un chiaro accordo tra i professionisti su chi ha la responsabilità di monitorare e gestire il rischio fisico del paziente. Il Mmg dovrebbe rinforzare il paziente a impegnarsi e ad essere perseverante nel seguire con impegno il trattamento. È anche consigliabile che siano mantenuti contatti periodici tra lo specialista e il Mmg qualora il paziente presenti una scarsa adesione al trattamento. Durante la remissione dal disturbo dell'alimentazione, il paziente può arrivare alla osservazione del medico generale. In questi casi il medico dovrebbe monitorare il peso, il comportamento alimentare e le attitudini nei confronti del peso e della forma del corpo del paziente e, nel caso riaffiorassero segnali di riattivazione del disturbo dell'alimentazione, incoraggiarlo ad affrontarli prontamente per evitare la ricaduta.

Bibliografia disponibile a richiesta

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Riccardo Dalle Grave

Relazione medico-paziente e umanizzazione delle cure

La comunicazione medico-paziente è quella complessa relazione in cui analisi del problema, empatia, conoscenza del contesto familiare, sentimentale e professionale, consapevolezza delle scelte, accompagnamento, si fondono tra loro realizzando un rapporto sacro; una relazione che per essere efficace dovrebbe andare ben oltre il tempo della visita o di una prescrizione, e che diventa inevitabilmente un legame tra uomini, poiché non vi può essere nessun medico senza il suo paziente e nessun paziente senza il suo medico

a cura di **Pasquale De Luca**[1]
con la collaborazione di: **Antonio De Luca**[2], **Costantino Vocino**[3], **Angelo Benvenuto**[4], **Marco Sperandeo**[5], **Massimo Errico**[6]

Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG
[1]*Dirigente Medico S.C. Pronto Soccorso*
[2]*Dirigente Medico S.C. Cardiologia-UTIC*
[3]*Dirigente Direzione Medica di Presidio*
[4]*Direttore S.C. Medicina Interna*
IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG)
[5]*Dirigente Medico S.C. Medicina Interna*
Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli" Acquaviva delle Fonti (BA)
[6]*Direttore S.C. Medicina Interna*

I medici si trovano ad affrontare sfide sempre più difficili, pazienti sempre più esigenti e sempre più materiale da studiare per rimanere al passo con i tempi. A tutto questo si aggiunge la necessità di essere dei buoni comunicatori.
Gli obiettivi principali di questa lettura sono rendere il medico più consapevole delle proprie risorse, suggerirgli strumenti concreti per favorire una comunicazione efficace sottolineando l'importanza del fattore umano in medicina, imparare a costruire un solido rapporto di fiducia e collaborazione con il paziente, per guidarlo verso uno scopo comune: lo stato di salute.
Il rapporto medico-paziente è quella particolarissima relazione che si instaura tra un professionista sanitario e un paziente a partire da uno stato di malattia di quest'ultimo. Bisogna affrontare in modo scientifico ma corretto e sensibile, questo rapporto, comprendendo quanto il linguaggio, sia verbale che non verbale (gesti, posizioni, mimica), sia importante per comunicare e soprattutto per entrare in *empatia* con la persona che abbiamo di fronte. Tutto ciò evidenzia, in particolare, quanto la scelta delle parole abbia un significato ben preciso e quanto sia importante *l'ascolto della persona* che abbiamo di fronte, analizzando in modo preciso e dettagliato l'arte della buona comunicazione, al fine di costruire una relazione, definire e condividere gli obiettivi di una cura o comunicare una cattiva notizia.

Stato dell'arte

Fare il medico è sempre più difficile, e di fatto non è mai stato facile. Il margine di errore, secondo i pazienti, dovrebbe essere nullo, mentre se fai tutto giusto hai fatto solo il tuo lavoro. Se crei empatia rischi di distruggerli emotivamente, se tratti i pazienti con distacco, non puoi essere un buon medico. È una professione difficile. Ti insegnano a creare distanza dai problemi per essere oggettivo e professionale, ma la natura umana ti porterebbe a creare una relazione più emotivamente coinvolgente.
Perché è importante la comunicazione medico-paziente?
A questa domanda hanno già risposto in tanti, molto prima di noi. Se nel V sec. a.C. Ippocrate sosteneva che *"è più importante conoscere la persona che non la malattia"*, nel XIX secolo il dr. Francis Peabody dell'Harvard Medical School, ancora affermava che "il significato della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente non potrà mai essere troppo enfatizzato, in quanto da questo dipendono un numero infinito di diagnosi e di terapie; una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è

averne cura" (Peabody, 1927).
Questa convinzione sopravvive ancora: "la comunicazione medico-paziente è parte integrante della pratica clinica. Se fatta bene, tale comunicazione produce un effetto terapeutico per il paziente, come è stato convalidato in studi controllati. Programmi di formazione convenzionali sono stati creati per migliorare e misurare specifiche capacità di comunicazione. Molti di questi sforzi, tuttavia, si concentrano su scuole di medicina e primi anni post-laurea e, di conseguenza, rimangono isolati in ambienti accademici. Pertanto, la capacità di comunicazione del medico occupato spesso restano poco sviluppate, e la necessità per i medici di diventare migliori comunicatori continua" (Travaline et al, 2005).
Il Prof. Fabrizio Benedetti, docente all'Università di Torino, ci fa notare che "accanto agli effetti positivi del placebo si possono registrare anche effetti negativi (effetto nocebo). Questo può accadere quando la comunicazione è frettolosa e eccessivamente ambigua e carica di suggestioni negative che nel cervello del paziente si traducono in una sensazione di minaccia per la propria salute" (Benedetti, 2012). Comunicare abilmente con i pazienti è un aspetto fondamentale della pratica di un medico durante tutta la sua carriera.
Occorre dunque capire e farsi capire, ricordando che il significato di un messaggio è dato dalla reazione che esso suscita.
"La comunicazione è uno scambio interattivo fra due o più partecipanti, dotato di intenzionalità reciproca e di un certo livello di consapevolezza, in grado di far condividere un determinato significato sulla base di sistemi simbolici e convenzionali di significazione e di segnalazione secondo la cultura di riferimento" (Watzlawick, 1971).

È questa la definizione di comunicazione fornita da Paul Watzlawick, pioniere degli studi in materia. Il termine "comunicazione" deriva dal latino *cum*, "con", e *munire* "legare", "costruire". Il verbo latino *communicare* significa "mettere in comune, far partecipe". Comunicare vuol dire dunque mettere in comune con altri, informazioni, idee, emozioni attraverso il linguaggio. La comunicazione è un'azione comune, uno scambio di feedback, un flusso.
Alla base di una comunicazione efficace ci sono tre ingredienti che il ricevente riceve/sente/percepisce dal mittente e di cui non si può fare a meno:
1) riconoscimento;
2) comprensione;
3) identificazione.
Il riconoscimento ha a che fare con il riconoscere la persona, vederla, guardarla, ascoltarla con interesse autentico; in qualche modo l'identità esiste nel momento in cui viene vista e riconosciuta.
La comprensione è un altro ingrediente fondamentale perché non è importante solo che tu comprenda ma è altrettanto importante che tu dimostri al tuo interlocutore che lo stai comprendendo e che, di conseguenza, lui si senta compreso.
L'identificazione riguarda il far sentire all'altro che ti stai mettendo, anche se solo per un momento, nei suoi panni, proprio per essere in grado il più possibile di comprendere la sua percezione della realtà.
Inoltre, il comportamento umano è fortemente influenzato dalle parole, che possono essere incoraggianti, potenzianti, funzionali a un dato obiettivo, favorire determina-

te reazioni oppure, al contrario, ostacolarle. Così come parole giuste dette al momento giusto possono avere effetti positivi e aiutare le persone, parole sbagliate al momento sbagliato possono risultare assolutamente depotenzianti: per esempio, ai fini della comunicazione efficace di un difficile e non prevedibile percorso diagnostico-terapeutico, sarebbe preferibile dire "stia tranquillo" al posto di "non si preoccupi".

La relazione medico-paziente spesso viene chiamata alleanza terapeutica, e l'elemento considerato distintivo di questa alleanza terapeutica è l'empatia.

Il termine alleanza viene dal verbo "alleare" che deriva dal francese *allier*, che significa "unire"; il termine francese deriva a sua volta dal latino *alligàre*, "legare a". *Alleàre* significa "legare insieme con patto".

In psicologia per empatia si intende la capacità di comprendere lo stato d'animo e la situazione emotiva di un'altra persona. Il termine deriva dal greco "εμπαθεία" (*empatéia*, a sua volta composto da *en-*, "dentro", e *pathos*, "sofferenza o sentimento"), che veniva impiegato per indicare il rapporto emozionale di partecipazione che legava l'autore-cantore al suo pubblico.

Per Carl Rogers, padre della terapia centrata sul paziente e del movimento della psicologia umanistica, empatia significava "comprendere i sentimenti dell'altro come se fossero i nostri". Empatia significa dunque comprendere, grazie a un processo di immedesimazione, i sentimenti e gli stati d'animo dell'altro, qualunque essi siano: gioia, dolore, rabbia; e non significa essere per forza, calmi, compiacenti e accondiscendenti.

Ma l'elemento fondamentale per comunicare efficacemente con il paziente è l'ascolto, e in particolare l'ascolto attivo, cioè un modo di ascoltare a trecentosessanta gradi, con una totale presenza e concentrazione, con un autentico interesse a comprendere l'altro e a incorporarne il suo modello sospendendo il più possibile i propri filtri e il proprio giudizio. Secondo Carl Rogers, infatti "la tendenza a giudicare gli altri è la più grande barriera alla comunicazione e alla comprensione" (Rogers, 1952).

Conclusioni

Per chi è cresciuto in una scuola di medici umanisti, non può esistere una buona medicina in assenza di un rapporto con la persona più che col paziente in quanto tale; secondo l'umanismo, infatti, il compito cardine del medico è quello di combinare la formulazione di una diagnosi con l'applicazione di logica e fatti osservabili (sostenendo scetticismo e metodo scientifico) al capire l'uomo nel suo essere più autentico, nel credere cioè in una medicina "per l'uomo".

Il ruolo, le abilità e le competenze di un medico, vanno ben oltre le sue competenze prettamente scientifiche, perché il medico deve essere in grado di accogliere, comprendere, usare una comunicazione diretta, guidare, insegnare, accompagnare e molto altro ancora. Al medico, si chiede in particolare di:

- co-creare la relazione, che significa stabilire fiducia e vicinanza con il paziente e essere presente, cioè essere completamente consapevole delle sue problematiche;
- comunicare con efficacia, che significa praticare l'ascolto attivo, porre domande potenti (che cioè rivelano le informazioni più utili alla relazione con il paziente) e costruire una comunicazione diretta (cioè che abbia il maggior impatto positivo sul paziente);
- facilitare apprendimento e risultati, che significa creare consapevolezza, progettare azioni, pianificare e stabilire obiettivi, gestire i progressi e le responsabilità.

Per raggiungere questi obiettivi, occorre imparare ad ascoltare di più e meglio se stessi e gli altri, cercando di essere il meglio di ciò che siamo, con la ferma convinzione che la comunicazione medico-paziente non è un contorno facoltativo della nostra professione, ma piuttosto un ingrediente centrale del percorso terapeutico dei nostri pazienti. Questa è e sarà sempre la strada migliore per rendere la nostra comunicazione più efficace ed essere i migliori compagni di viaggio per ogni nostro singolo paziente.

Bibliografia

- Benedetti F. "Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente". Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012.
- Brown Jo. et Al. "Clinical Communication in Medicine". Wiley-Blackwell, Oxford, 2016.
- Cipolla C. et Al. "Valutare la qualità in sanità", Franco Angeli, Roma, 2002.
- Robbins A. "Come ottenere il meglio da sé e dagli altri". Bompiani, Milano, 2000.
- Roberti A. et Al. "Comunicazione medico-paziente". Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2006.
- Seligman M. "Imparare l'ottimismo". Giunti, Firenze, 2005.
- Washer P. "Clinical Communication Skills". Oxford University Press, Oxford, 2009.

Epilessia vs. emicrania: diagnosi differenziale in giovane ragazzo

La gestione integrata tra Mmg e specialista e l'approccio bio-psico-sociale ha permesso di affrontare con succceso un caso dalla notevole incertezza diagnostica

Mara Fiorese, Francesco D'Urzo, Stefano Alice
Medicina Generale, Genova

Inquadramento

I genitori di un quindicenne chiedono di essere ricevuti urgentemente, per un problema che riguarda il ragazzo, dal loro medico di famiglia.
Il medico lo conosce bene. Si tratta di un ragazzino timido, gentile e beneducato, dotato di un certo senso dell'umorismo; porta gli occhiali perché miope e astigmatico; ha una sorella maggiore, la famiglia è unita e non problematica.
Il suo sviluppo psico/fisico è avvenuto regolarmente. Non è mai stato un bambino difficile e con l'adolescenza non sono insorti disturbi del comportamento.
Ha sempre goduto di buona salute, ma negli ultimi tre mesi si sono verificati più episodi di cefalea intensa della durata di alcune ore. L'insorgenza è prevalentemente mattutina, durante le lezioni scolastiche. Il dolore, che è bilaterale, è accompagnato da nausea e fotofobia.
Dopo il primo attacco il medico di famiglia ha prescritto una RM cerebrale, che è risultata negativa, anche gli esami ematochimici di base e quello delle urine erano normali e l'oculista non ha ritenuto necessarie nuove lenti.

Colloquio con il ragazzo e con i familiari

Parlando con il ragazzo non sono emersi gravi problemi di rendimento scolastico né importanti conflitti con gli insegnanti, ma si coglie il timore di non farcela a reggere i ritmi di studio ed i rapporti di amicizia coi compagni sembrano scarsi.
Al momento dell'incontro con i genitori la novità viene subito fuori. La voce e l'espressione del viso della madre non lasciano dubbi sulla sua sofferta preoccupazione mentre, prima ancora di sedersi, proclama: "Nostro figlio è epilettico". La diagnosi è stata formulata a scuola e comunicata alla famiglia da un insegnante.
Dal racconto sembra sia successo questo: a scuola si sarebbero ripetuti, a poca distanza l'uno dall'altro, episodi di breve durata di perdita di coscienza, tipo assenza, accompagnati da pallore cutaneo e seguiti da cefalea intensa (*"Si incanta, diventa bianco in faccia e poi ha un mal di testa terribile"*).

Invio concordato allo specialista neurologo

I genitori chiedono che il figlio venga visto da un neurologo quanto prima.
Il medico di famiglia concorda, scegliendo di inviare il ragazzo a visita ambulatoriale presso la Clinica Neurologica dell'Università di Genova, presentando personalmente il caso a uno specialista i cui principali interessi clinici e di ricerca vertono sulle epilessie e sulla neuropsicologia.
Allo scopo di effettuare in prima ipotesi una diagnosi differenziale tra emicrania con aura e crisi epilettiche semplici divenute complesse e non dimenticando la più remota eventualità di una migralepsia, si decide di sottoporre il giovane ad un elettroencefalogramma e ad un doppler transcranico, anche per escludere malformazioni artero-venose.
L'EEG ha permesso il riscontro di alterazioni elettriche diffuse di grado discreto.
Al doppler transcranico è risultato uno shunt destro-sinistro latente di medie dimensioni, da probabile pervietà del forame ovale cardiaco.

Trattamento profilattico dell'emicrania

Il consiglio del neurologo, fatto proprio dal medico di famiglia, è stato di non effettuare ulteriori accertamenti diagnostici e di cominciare, pur nell'incertezza, un trattamento profi-

lattico dell'emicrania con flunarizina (1 compressa al momento di coricarsi). Il farmaco è stato ben tollerato: non si sono verificati effetti collaterali (sonnolenza, astenia, eccetera).

Follow-up

Per 30 mesi il giovane è stato controllato periodicamente (6 visite) presso l'ambulatorio di neurologia, recandosi poi a riferire al suo medico di famiglia. Un obiettivo dei controlli specialistici era stabilire un rapporto di fiducia e rassicurarlo. La terapia con flunarizina, dopo 3 mesi senza recidive è stata sospesa. Dopo l'interruzione non si sono verificati attacchi di emicrania per 6 mesi. La profilassi è stata ripetuta con le stesse modalità dopo ogni nuovo episodio, se ne sono verificati 3 con intervalli liberi da sintomi di 5 mesi, 7 mesi, 1 anno e 9 mesi. Attualmente il paziente sta effettuando la profilassi ed è asintomatico.

Discussione

L'emicrania, le epilessie, le sincopi e alcune condizioni psicopatologiche possono avere una presentazione clinica simile.
In particolare può esserci una notevole incertezza diagnostica tra emicrania ed epilessia. I fattori confondenti sono da un lato i disturbi visivi e senso motori, che possono accompagnare l'emicrania e dall'altro l'insorgenza di una cefalea post critica. Una ulteriore complicazione è l'esistenza della migralepsia, una malattia infrequente, di cui si ipotizza un'eziologia genetica, nella quale ad un attacco emicranico fa seguito, nell'arco di un'ora, una crisi epilettica.
Nel caso in esame si è deciso per una gestione integrata tra medico di famiglia e un neurologo di sua fiducia. È stato condiviso un approccio al malato non biomedico ma bio-psico-sociale. Si è infatti deciso di utilizzare come elemento diagnostico il tempo piuttosto che il monitoraggio video-EEG.
Si è tenuto conto della probabile pervietà del forame ovale, perché è positivamente correlata con la diagnosi di emicrania con aura, ma si sono evitati ulteriori approfondimenti diagnostici, per la chiara assenza di indicazioni alla chiusura del forame, anche se ne fosse stata accertata la pervietà.
La profilassi con flunarizina è stata anche un test diagnostico ex juvantibus. I controlli clinici periodici sono stati altresì strumento per la rassicurazione empatica e professionalmente circostanziata del giovane paziente. Le scelte effettuate hanno potuto essere messe in pratica grazie alle buone relazioni instaurate tra i diversi attori della vicenda. Il risultato che è stato ottenuto, applicando il metodo proprio della medicina generale/di famiglia, ci pare soddisfacente e i costi umani e finanziari sono stati piuttosto contenuti.

Calcium score nella stima del rischio di eventi cardiovascolari

Nel corso del XXXIV Congresso "Conoscere e Curare il Cuore" organizzato dalla Fondazione Onlus Centro per la Lotta contro l'Infarto a Firenze (24-26 marzo 2017) ampio spazio è stato dedicato al tema della ricerca dell'aterosclerosi subclinica. Una valida soluzione in tal senso è il Calcium score: la presenza di calcio dimostra una stretta correlazione con il carico aterosclerotico delle coronarie e si associa ad un'alta probabilità di sviluppare eventi cardiovascolari. La sua assenza indica invece un rischio di eventi molto basso

La prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari (CV) nei paesi occidentali si avvale da anni delle carte del rischio. La loro applicazione è stata accolta negli anni come un metodo innovativo per definire il rischio di sviluppare una malattia aterosclerotica delle coronarie.
Studi di coorte e randomizzati hanno permesso lo sviluppo di carte del rischio semplificate nell'ambito delle quali il Framingham Risk Score (FRS) rappresenta tuttora lo standard nella definizione del rischio CV. Va detto tuttavia che, nonostante le carte del rischio siano state applicate in modo estensivo nelle ultime decadi, la valutazione di un profilo di rischio che si basa unicamente su fattori demografici e clinici presenta delle limitazioni. Infatti se il FRS può predire il rischio di sviluppare una malattia coronarica nella popolazione generale, non è certo in grado di predire il rischio individuale.
Per esempio, anche quando si applichino criteri più estensivi per definire il rischio CV, come suggerito recentemente dallo studio Air Forcerrexas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS), solo il 37% degli infarti miocardici può essere prevenuto.

La ricerca dell'aterosclerosi subclinica

Per migliorare la capacità predittiva delle carte del rischio recentemente si è ricorso agli indicatori di aterosclerosi subclinica. Si può dire che la quantificazione dell'aterosclerosi serva come misura diretta dell'azione dei fattori di rischio ad oggi conosciuti sullo sviluppo di aterosclerosi coronarica.
Il "Calcium score" (CS) e la misura dell'ispessimento dell'intima-media carotidea (IMT) sono marker di aterosclerosi che si sono dimostrati nel tempo una valida soluzione per migliorare la capacità di predire eventi cardiovascolari. Tuttavia l'imaging carotideo ha offerto un limitato miglioramento nella stima del rischio CV, mentre il CS ottenuto con la metodica Electron Beam Computed Tomography (EBCT) sembra in grado di migliorare in modo consistente il potere predittivo delle carte del rischio CV.

Electron Beam Computed Tomography (EBCT)

L'Elecron Beam Computer Tomography (EBCT) è una metodica che assicura, mediante il Calcium score, il riconoscimento e la quantificazione delle calcificazioni nel distretto coronarico. La tecnica ha

un basso costo ed alta sensibilità e viene pertanto impiegata da anni come un valido marker per il rilievo dell'aterosclerosi coronarica. Il CS presenta una stretta correlazione con il carico aterosclerotico delle coronarie. Mentre la presenza di calcio si associa ad un'alta probabilità di sviluppare eventi cardiovascolari, la sua assenza indica un rischio di eventi molto basso.
Lavori sull'argomento indicano un rischio annuale di eventi cardiovascolari, in assenza di calcio alla EBCT, compreso tra lo 0.1% e lo 0.11%. Inoltre, in una coorte di circa 900 soggetti diabetici, la sopravvivenza a cinque anni era del 98.8% in assenza di CS. Infine, non c'erano differenze di sopravvivenza tra soggetti diabetici e non diabetici in assenza di Calcium score.
Non vi è dubbio che la presenza di calcio alla Elecron Beam Computer Tomography permette invece di identificare soggetti a rischio di eventi coronarici. Le calcificazioni coronariche si trovano frequentemente nei soggetti che vanno incontro ad un evento coronarico, ad indicare come effettivamente il calcio rappresenti un vero marker di malattia aterosclerotica.
È importante sottolineare che in più studi, il Calcium score è risultato una variabile indipendente in grado di predire la morte anche dopo aggiustamenti statistici per variabili quali l'età, il sesso, il gruppo etnico, l'ipertensione, la dislipidemia, il diabete, il fumo e la familiarità.

Applicazione del Calcium score

La quantificazione del Calcium score rappresenta una valida soluzione per ridurre il rischio individuale di eventi cardiovascolari.
Per esempio il National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) ha mostrato che un CS >100 può suggerire l'impiego di aspirina e di statine. Il terzo Cbolesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults ha consigliato che in presenza di più fattori di rischio coronarico ed elevati valori di CS (>75° percentille per età e sesso) è possibile impiegare statine ad alta intensità d'azione.
L'impiego dell'EBCT per il calcolo del CS è stato affrontato anche nelle linee guida ACC-AHA nel 2013. Gli Autori hanno suggerito l'impiego del CS per migliorare la valutazione del rischio cardiovascolare e stabilire chi sottoporre al trattamento con statine. Tuttavia la raccomandazione per l'impiego delle statine nel ridurre il rischio cardiovascolare in presenza di un alto CS è stata abbastanza tiepida (classe 2B). In effetti, non erano presenti in letteratura studi randomizzati di grandi dimensioni in cui si confrontava una strategia con statina vs placebo in presenza di CS elevato. Al momento, l'unico studio con CS che ha valutato gli eventi clinici è stato il St. Francis Heart Study.
Nel trial, tutti i soggetti che presentavano un CS maggiore dell'80° percentile in base all'età ed al sesso sono stati randomlzzati a ricevere placebo oppure atorvastatina 20 mg/die. Dopo 4.3 anni di follow-up si è evidenziato un trend verso una ridotta incidenza di eventi CV nel gruppo trattato (6.9% vs 9.9%, rispettivamente; p=0.08). Lo studio era comunque sottodimensionato per dimostrare un beneficio clinico e, non a caso, in un'analisi post-hoc i soggetti con CS >400 sembravano beneficiare in modo significativo dell'utilizzo di statine. In Europa si sta conducendo uno studio randoromzzato di grandi dimensioni (ROBINSCA), condotto su 33.000 soggetti. Si suggerisce l'impiego di statine per valori di CS compresi tra 100 e 400. Nel gruppo con CS >400, infine, si impiegano statine con farmaci che bloccano il sistema renina-angiotensina.

Conclusioni

Non c'è dubbio che ci sia ancora molto da fare, nonostante gli sforzi effettuati nelle ultime decadi per identificare il rischio di eventi CV. Va compiuto un ulteriore sforzo per calcolare il rischio individuale di eventi cardiovascolari, secondo quanto suggerisce una medicina moderna, che possiamo definire personalizzata. L'adozione di una strategia che valuti il CS nei soggetti con un FRS intermedio rappresenta una soluzione più che ragionevole. In questi casi si può proporre un trattamento con statine, aggiungendo l'aspirina in presenza di un CS molto elevato al fine di ridurre il rischio individuale. Sono necessari comunque follow-up clinici per dimostrare che una prevenzione individuale o personalizzata che si basa sul CS possa ridurre gli eventi cardiovascolari.

Bibliografia disponibile a richiesta

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Francesco Prati

La mesoterapia in pratica clinica

La mesoterapia è una tecnica iniettiva intradermica relativamente semplice. Quando ben applicata, può essere praticata ambulatorialmente anche in combinazione sinergica con altre terapie

Massimo Mammucari,[1] Enrica Maggiori,[2] Marzia Lazzari,[3] Silvia Natoli[3]
[1]Presidente Società Italiana di Mesoterapia - Medico di Assistenza Primaria, ASL RM1, Roma
[2]Assistenza Primaria, ASL RM1, Roma
[3]Terapia del Dolore, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma

La intradermo-terapia distrettuale, meglio conosciuta come mesoterapia, rappresenta una tecnica di inoculazione di principi attivi nello strato superficiale della cute. Il farmaco è introdotto attraverso micro-iniezioni eseguite con siringa con ago singolo di 4 mm (calibro 27), di solito inserito con un'inclinazione di circa 30 gradi rispetto al piano della superficie cutanea.
Tale tecnica nasce negli anni Cinquanta dall'osservazione casuale di un medico di medicina generale francese che, iniettando superficialmente un anestetico locale, osservò come una minima quantità di farmaco era in grado di indurre un prolungato effetto rispetto a quello atteso. Successivi studi preclinici, condotti in Italia, hanno chiarito come la somministrazione intradermica (ID), confrontata con quella intramuscolare, permetteva una più lenta diffusione nei tessuti sottostanti del farmaco con un conseguente prolungamento dell'azione farmacologica a livello locale.[1]
Questa tecnica relativamente semplice, quando ben applicata, può essere praticata ambulatorialmente anche in combinazione sinergica con altre terapie. La mesoterapia si è rapidamente diffusa nel campo della medicina del dolore e vari studi clinici (condotti in aperto o controllati) hanno evidenziato una significativa efficacia analgesia in varie forme di dolore localizzato.[2]
In tali studi le quantità di farmaco usate per raggiungere il sollievo dal dolore erano sempre inferiori a quelle che si sarebbero dovute usare per via sistemica, con un intuibile beneficio sul versante della tollerabilità.
Generalmente, i pazienti con patologie dell'apparato locomotore, di origine degenerativa o post-traumatica, beneficiano dell'uso di antinfiammatori, anestetici, miorilassanti, vasolilatatori.
I dati clinici oggi disponibili suggeriscono che la via ID rappresenta una valida alternativa quando si voglia trattare localmente un disturbo e/o si voglia adiuvare altre terapie (sistemiche o locali, farmacologiche o non).
Ma l'effetto "*drug-sparing*" indotto dalla via ID è stato utilmente applicato anche nel campo dell'immunoterapia e oggi sono stati resi disponibili vaccini intradermici che sfruttano una minore quantità di antigene per ottenere una valida risposta immunitaria.[3] Grazie alla minore quantità di farmaco utilizzata con la somministrazione distrettuale, sono stati ottenuti benefici clinici anche nella gestione dei sintomi secondari a disturbi microcircolatori degli arti inferiori, come la sensazione di pesantezza e l'edema indotti da alcuni gradi dell'insufficienza venosa cronica.[1,4]

Raccomandazioni utili

Si precisa che la mesoterapia va considerata come un vero e proprio atto medico. Infatti, per essere praticata è indispensabile aver fatto una diagnosi, occorre impostare un piano di cura mirato al singolo paziente e bisogna tenere conto di alcune nozioni di farmacologia per la scelta dei composti da usare (sia per avviare il trattamento locale che per mantenerlo).
A tale proposito, la Società Italiana di Mesoterapia ha emanato raccomandazioni utili a chiarire come e quando applicare questa tecnica e soprattutto ha precisato come non sia la tecnica (ovvero la via di somministrazione ID) a indurre l'effetto terapeutico, ma prevalentemente ciò che attraverso essa si somministra al paziente.
Infatti, grazie a un rigoroso ap-

proccio medico-scientifico avviato in Italia ed ora recepito a livello internazionale,[5] sono fortemente sconsigliati l'uso di composti non precedentemente studiati per sicurezza ed efficacia e la pratica della mesoterapia da parte di personale non adeguatamente preparato (che in alcuni Paesi hanno indotto molte reazioni avverse). Si tenga conto, infatti, che iniettare più composti mescolati nella stessa siringa (i cosiddetti cocktail), talvolta anche senza il rispetto delle minime condizioni di asepsi, pone il paziente a rischio di infezioni cutanee.

Applicazioni in Medicina Generale

Praticata correttamente la mesoterapia rappresenta quindi uno strumento utile anche per il medico di medicina generale. Per esempio, consideriamo le patologie dell'apparato locomotore di origine degenerativa che inducono dolore e che rappresentano una delle cause più frequenti di consulto ambulatoriale del medico di medicina generale. I pazienti con dolore di natura osteoarticolare assumono farmaci antinfiammatori anche per periodi prolungati. Tuttavia, questa classe di farmaci ha limitazioni (talvolta vere e proprie controindicazioni) che ne rendono inappropriato l'uso a medio-lungo termine, specie nel paziente anziano. Del resto le avvertenze delle relative schede tecniche, i suggerimenti della nota 66 e le metanalisi condotte segnalano chiaramente che il rischio iatrogeno aumenta in particolare con le dosi usate.[6]

In alcuni casi, quando l'azione antinfiammatoria a livello locale è ritenuta utile, il medico potrebbe considerare la via mesoterapica per somministrare il Fans a più bassa dose e con minore frequenza di somministrazione. Si tenga conto che una seduta può essere seguita anche da 4-7 giorni di intervallo dalla successive. in funzione della risposta ottenuta. Quindi, selezionando i pazienti e stabilendo un piano di cura che sfrutti l'effetto drug-sparing della somministrazione mesoterapica, da sola o in combinazione con altri trattamenti, si possono raggiungere discreti successi terapeutici.

Informazione al paziente

Naturalmente nulla è prestabilito e il medico ha l'obbligo di valutare attentamente se la mesoterapia sia o meno adeguata in ogni singolo caso clinico. A questo proposito chi pratica la mesoterapia deve sapere coinvolgere il paziente per raccogliere un valido consenso informato. Quest'ultimo, infatti, è parte di un processo di comunicazione utile per ottenere un consapevole e completo accordo tra medico e paziente.

Una corretta informazione al paziente, che chiarisca i benefici potenziali, i limiti e i rischi di un determinato percorso di cura, è fondamentale e la mesoterapia non si differenzia da altre tecniche antalgiche per le quali un valido consenso rappresenta la base di una buona pratica clinica.[7] Ovviamente questo principio deve essere applicato per tutte le indicazioni della mesoterapia[8] ed è disponibile un foglio informativo dedicato a questa tecnica sul sito http://www.societadimesoterapia.it/comunicazioni-al-paziente/consenso-informato.html per i medici che vogliono discutere con i propri pazienti il ruolo della mesoterapia.

Bibliografia

1. Mesotherapy, definition, rationale and clinical role: A consensus report from the Italian Society of Mesotherapy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2011; 15(6): 682-694
2. Role of mesotherapy in musculoskeletal pain: Opinions from the Italian Society of Mesotherapy. E*vidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2012; Article N. 436959
3. Dose Sparing with Intradermal Injection of Influenza Vaccine. *N Engl J Med* 2004; 351: 2295-01
4. Intradermal lymdiaral in chronic venous insufficiency with associated fibrosclerotic edema damage: a pilot study. *J Altern Compl Med.* 2013; 19: 1-5
5. What is mesotherapy? Recommendations from an international consensus. *Trends Med* 2014; 14:1-10
6. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatorydrugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013 31;382: 769-779
7. Role of the informed consent, from mesotherapy to opioid therapy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014; 18(4):566-74
8. Informed consent and experimental treatments: the case of mesotherapy. *Recenti Prog Med* 2013; 104: 214-217

Recrudescenza del morbillo in Italia

I casi di morbillo sono in continuo aumento. Da gennaio ad aprile sono oltre 1.300 (bollettino Iss). Secondo la FNOMCeO è impossibile non correlare questo aumento con il calo delle coperture vaccinali nel nostro Paese

Il mondo medico è preoccupato dai dati diffusi dal Ministero della Salute sulla recrudescenza del morbillo in Italia e ancor di più dall'allarme lanciato dall'OMS: "Italia e Romania a rischio epidemia". "Come medici prima ancora che come Ordine siamo seriamente preoccupati". Così il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito a Roma, ha commentato i dati diffusi dal Ministero della Salute sulla recrudescenza del morbillo in Italia.

L'ultimo dato del Bollettino dell'Iss segnala oltre 1300 casi dall'inizio dell'anno. Quasi tutte le Regioni (19/21) hanno segnalato casi, ma il 93% proviene da Piemonte, Lazio, Lombardia, Toscana, Abruzzo, Veneto e Sicilia.

L'88% delle persone era non vaccinata e la maggior parte dei casi è stata segnalata in persone di età ≥15 anni (58% nella fascia 15-39 anni e 16% negli adulti >39 anni), con un'età mediana dei casi pari a 27 anni.

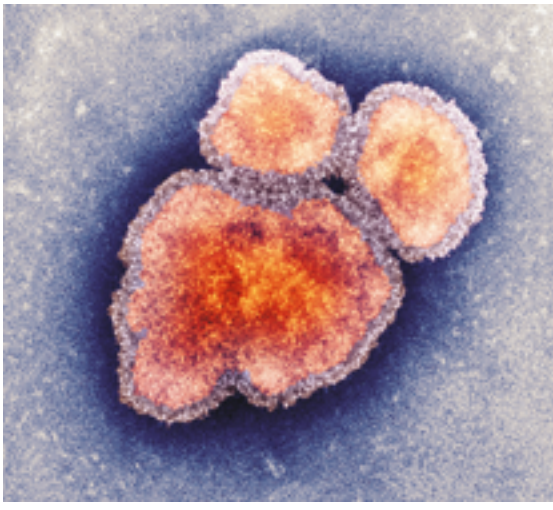
Il 26% dei casi è stato segnalato in bambini nella fascia di età 0-14 anni; di questi, 77 avevano meno di un anno di età. Infine sono stati segnalati 131 casi tra operatori gli sanitari.

"Impossibile non correlare questo aumento abnorme con il calo delle coperture vaccinali, in gran parte dovuto al numero crescente di genitori che rifiutano, contro evidenze scientifiche consolidate, di vaccinare i loro figli, mettendo a rischio non solo quei bambini, ma i loro compagni di asilo, di scuola, di giochi, i parenti anche adulti e tutta la popolazione".

"Anche noi medici dobbiamo farci un serio esame di coscienza: ogni volta che, senza una valida controindicazione, sconsigliamo la vaccinazione, anche solo non dando noi per primi l'esempio, commettiamo infrazione deontologica perché andiamo contro le evidenze scientifiche, abiuriamo alla nostra professione e alla nostra coscienza, mettendo a rischio migliaia di vite". A tutela della salute di tutti per la FNOMCeO è necessario ricostruire un'alleanza tra cittadini e medici oggi fortemente in crisi.

L'appello della Siti

In una nota **Fausto Francia**, presidente della Siti (Società Italiana di Igiene), lancia un appello: "Dobbiamo scongiurare il fatto che, sulla base di pregiudizi antiscientifici, possano riaffiorare malattie temibili come la poliomielite o la difterite, assenti da decenni nel nostro Paese. Siamo stati purtroppo facili profeti quando abbiamo previsto la possibilità di un aumento dei casi di morbillo nel nostro Paese, a fronte del calo delle vaccinazioni raccomandate. In varie aree del Paese si è ben al di sotto del 90% di copertura e questo fenomeno non assicura più la protezione di gregge della popolazione".

Agire al più presto

Per **Silvestro Scotti**, segretario nazionale Fimmg, bisogna agire al più presto: "Molti Paesi si sono dichiarati 'morbillo free', non vorrei che l'Italia, in un futuro non troppo lontano, possa essere additata come 'untore' d'Europa per malattie scomparse altrove grazie ai vaccini. Si corre così il rischio che vengano alzati dei muri contro gli italiani non vaccinati - sottolinea Scotti -. Per questo motivo bisogna continuare a combattere con forza contro i falsi miti e le informazioni sbagliate che alimentano le paure nei confronti delle vaccinazioni".