M.D.

MEDICINAE DOCTOR Anno XXV, numero 3 - aprile 2018

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

In questo numero

FOCUS ON 6

Habemus Convenzione, ma manca la firma dello Smi che prende tempo

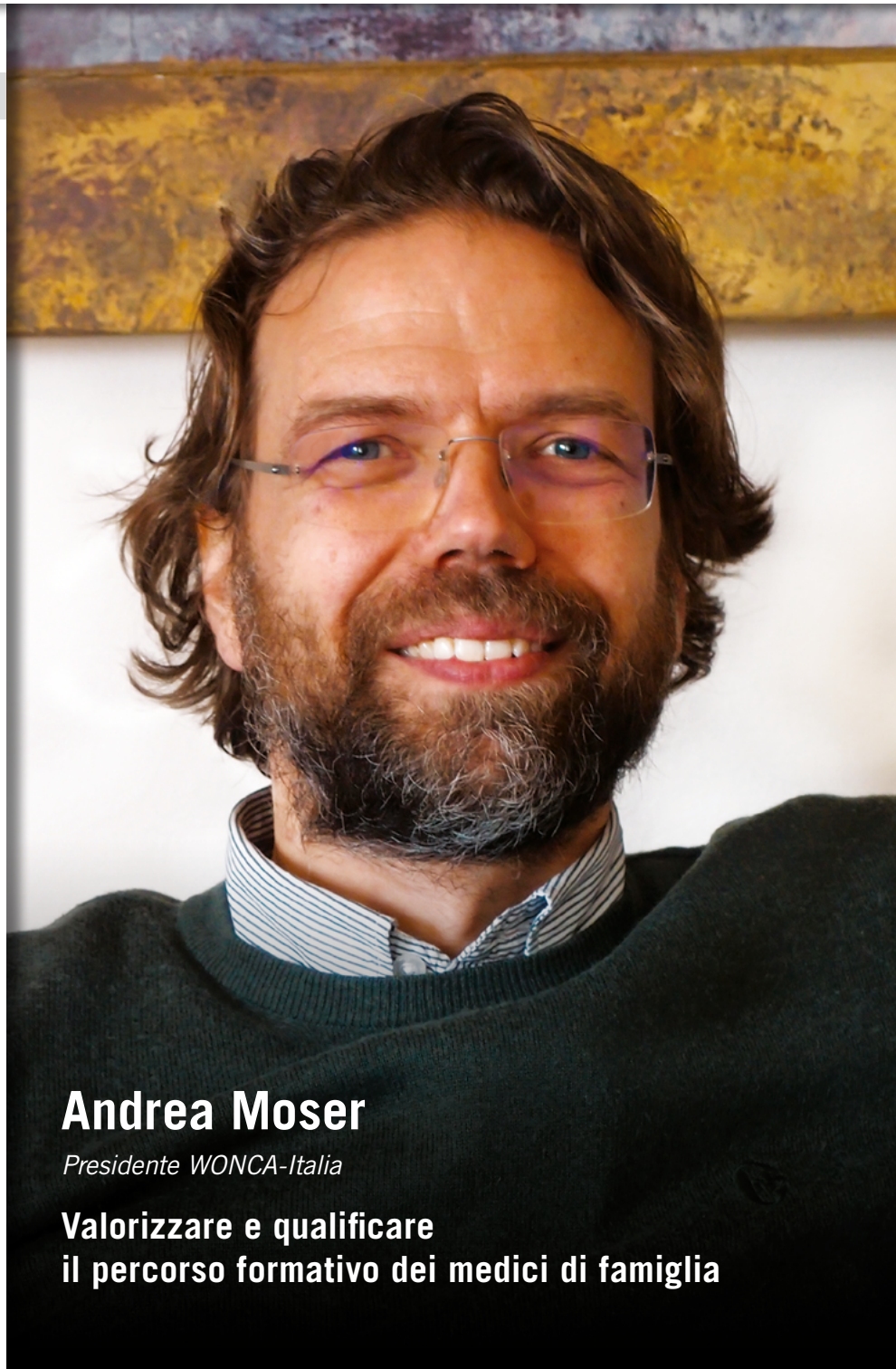
CONTRAPPUNTO 8

Gestione cronici in Lombardia: sono in gioco le sorti della Medicina Generale

RASSEGNA 32

Ruolo dei fattori individuali e ambientali nello sviluppo delle malattie. Il futuro è verso una medicina personalizzata?

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



Andrea Moser

Presidente WONCA-Italia

Valorizzare e qualificare il percorso formativo dei medici di famiglia

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**
  Valorizzare e qualificare il percorso formativo dei medici di famiglia 5
- **Focus on**
  Habemus Convenzione, ma manca la firma dello Smi che prende tempo 6
- **Contrappunto**
  Gestione cronici in Lombardia: sono in gioco le sorti della Medicina Generale 8
- **Riflettori**
  Addio alle Medicine di Gruppo Integrate 10
- **Formazione**
  La gestione della violenza diventa tematica Ecm 13
- **Indagini**
  Priorità sanitarie, cronicità e 'big data': l'opinione degli italiani 14
- **Tribuna**
  Sanità senza medici? Anche i giudici dicono 'no' 16

AGGIORNAMENTI

- **Epatologia**
  Gestione condivisa della colangite biliare primitiva 20
- **Malattie cardiovascolari**
  Raccomandazioni pratiche di prevenzione personalizzata 21
- **Neurologia**
  Stroke: non abbassare la guardia e vigilare sui fattori di rischio 22
- **Neuroscienze**
  Identificare i soggetti a rischio gambling patologico 23
- **Radiologia diagnostico-interventistica**
  Ernie discali: trattamento percutaneo imaging-guidato 24
- **Nutrizione clinica**
  Percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici 26

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
  La settimana di un medico di famiglia 30
- **Rassegna**
  Ruolo dei fattori individuali e ambientali nello sviluppo delle malattie.
  Il futuro è verso una medicina personalizzata? 32
- **Congressi**
  Perché "troppo sale fa male" 35
- **Terapia**
  Farmaci nella donna in allattamento 36
- **Ricerca**
  La solitudine come fattore di rischio 39
- **Counselling**
  Compassione e aggressività 43
- **Ricerche**
  Stereotipi e medicina di genere 45
- **Epidemiologia**
  Attività fisica: i dati italiani aggiornati 46

Valorizzare e qualificare il percorso formativo dei medici di famiglia

Che tipo di assistenza sanitaria si vuole immaginare nei prossimi anni in Italia? È dalle risposte a questa domanda che si potranno affrontare e dirimere le problematiche che oggi investono l'esercizio della professione medica nel nostro Paese, soprattutto quelle inerenti alla Medicina Generale (MG). Ne è convinto **Andrea Moser**, presidente di Wonca Italia.

"La carenza dei medici nel nostro Paese è un problema presente in tutte le aree specialistiche ma è sicuramente molto attuale per la Medicina Generale. La proposta di aumentare il numero delle borse di studio da sola non basta - dichiara - varrebbe invece la pena, in questa occasione, fare una riflessione più ampia su che tipo di assistenza sanitaria si vuole immaginare nei prossimi anni per il nostro Paese".

"È dimostrato che negli Stati in cui le cure primarie sono ben sviluppate - sottolinea Moser - si registra un contenimento delle spese sanitarie e, soprattutto, esisti di salute migliori per i propri cittadini. Il progetto generale del nostro servizio sanitario sembra essersi avviato verso un'implementazione delle cure primarie e proprio per tale motivo Wonca Italia è convinta che il primo passo da fare sia quello di migliorare il percorso di formazione dei professionisti che andranno a lavorare sul territorio".

"Non servirebbero grandi stravolgimenti - precisa - sarebbe sufficiente che il nostro Paese si allineasse agli standard formativi accademici europei della Medicina Generale e cioè all'inserimento di materie, nel percorso didattico, inerenti alle *core competence* di tale Disciplina".

"Ad oggi la differenza dei percorsi formativi tra le varie realtà regionali sono molto marcate. Ci sono certamente buone pratiche, ma anche troppe realtà che non lo sono affatto. Ci vuole una forte spinta per allineare in alto tutti i programmi, guardando proprio alle esperienze formative europee. Sicuramente un pilastro formativo fondamentale per la Medicina Generale è la Ricerca. In questo ambito siamo molto arretrati in tutta Italia. Una formazione di qualità non è tale se alle spalle non c'è una produzione sistematica di letteratura scientifica specifica e quindi una produzione di vera e propria cultura professionale. Per questo è indispensabile che nel processo di ristrutturazione dell'iter formativo dei Mmg siano previste tempo e risorse per favorire la formazione e l'attività di professionisti dedicati vocazionalmente proprio alla Ricerca Scientifica".

"Senza un'attività di ricerca sistematica e strutturata - conclude il presidente di Wonca Italia - difficilmente la Medicina Generale sarà in grado di fare il salto di qualità che è ormai necessario compia anche da noi".

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

Habemus Convenzione, ma manca la firma dello Smi che prende tempo

Il nuovo Acn per la MG, siglato di recente, conferma gli 8 anni di arretrati e reintroduce la premessa, in parte già concordata con i sindacati, dove si danno linee di indirizzo per i futuri accordi regionali. Ma secondo il Sindacato dei Medici Italiani, che si riserva di siglare l'atto in un secondo momento con una firma tecnica, il nuovo testo presentato dalla Sisac, dopo la firma della preintesa, modifica aspetti normativi importanti relativi al ruolo dei medici sui piani sanitari nazionali, come la cronicità, su diritto allo sciopero e sui criteri di assegnazione degli incarichi provvisori

Come da calendario è arrivata la sigla del nuovo accordo nazionale per la medicina generale che riprende, con qualche variazione, il testo della pre-intesa (*M.D.* 2018; 2: 6-9). In sintesi, il nuovo documento conferma 8 anni di arretrati, sedi di guardia medica più sicure e accesso alla professione più veloce e reintroduce la premessa, in parte già concordata con i sindacati, in cui si danno linee di indirizzo per i futuri accordi regionali: attrezzare gli studi dei Mmg per evitare le congestioni nei pronti soccorso, abbattere le liste attese, gestire le cronicità, somministrare i vaccini. E appone alcune modifiche sul diritto di sciopero. Intesa Sindacale si dice soddisfatta perché la sigla dell'Acn permette, dopo 8 anni, il recupero totale degli arretrati fino a tutto il 2017. Gli aumenti 2018 li metterà nero su bianco la prossima Finanziaria.

Un punto di partenza

Per Fimmg tale accordo rappresenta un punto di partenza che mette insieme passato e futuro a sostegno dell'evoluzione della Medicina Generale. "È un punto di partenza di grande valore - ha sottolineato **Silvestro Scotti** segretario nazionale della Fimmg - per il dichiarato impegno a sostegno dell'evoluzione della Medicina Generale". Per Scotti con tale accordo si danno infatti risposte non solo al passato, con il recupero degli arretrati, ma anche al futuro della professione attraverso la velocizzazione dell'accesso alla professione dei giovani medici e gli indirizzi per accordi regionali che abbiano come obiettivo un aumento della intensità assistenziale attraverso diagnostica di primo livello negli studi, il riconoscimento del ruolo centrale del Mmg nella gestione del paziente cronico e quello attivo nelle vaccinazioni e partecipazione al governo delle liste d'attesa. Un concetto ripreso e ampliato di recente dal segretario regionale della Fimmg siciliana **Luigi Galvano** durante la 13° edizione del Congresso Regionale: 'Dialoghi di Palermo Medica': "L'Acn siglato di recente è buono, non tanto per il recupero degli arretrati - precisa Galvano - ma perché pone limiti all'autonomia delle Regioni in merito all'ingerenza nel rapporto medico paziente, introduce il pagamento a *performance* come vincolo, affinché il medico sia premiato con criteri uniformi per quello che fa e come lo fa e perché affronta il problema del turnover e delle carenze con realismo".

Un puro atto formale

Meno entusiasmo si registra da parte dello Snami che definisce l'accordo come un puro atto formale. "Arriveranno gli arretrati che sono veramente pochi - ha dichiarato **Angelo Testa**, presidente nazionale Snami - e permane il problema 'madre' di cui si stanno interessando i nostri avvocati: l'esclusione dai tavoli delle Organizzazioni Sindacali rappresentative che non hanno firmato gli accordi. Sono state licenziate le priorità che attengono agli obiettivi di politica sanitaria nazionale: Piano nazionale della cronicità, Piano nazionale prevenzione vaccinale; accesso improprio al pronto soccorso, governo delle liste d'attesa ed appropriatezza e quelle atte ad affrontare la problematica del ricambio generazionale, anche attraverso un adeguamento delle procedure di accesso agli incarichi".
"Dato atto - conclude Testa - che è stato un puro atto formale, lo Snami

è concentrato da subito sulla 'nuova politica' per abolire la legge Balduzzi e disegnare una nuova assistenza territoriale, senza i tagli che alcune Regioni verrebbero porre in essere, ma con i dovuti investimenti, nella concezione di una medicina concreta e nella conferma del rapporto che deve rimanere duale tra paziente e medico e non con la struttura, come qualcuno vorrebbe".

L'intransigenza dello Smi

Più intransigente risulta il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) come si evince dalla dichiarazione messa a verbale del testo d'accordo:
"*Lo Smi, dopo aver valutato i contenuti relativi all'ipotesi di Acn, con riferimento all'art. 1 riguardante il Piano nazionale Cronicità (PNC), l'accesso improprio al Pronto Soccorso e il Piano nazionale vaccinale, non li ritiene ampiamente esaustivi. Per quel che concerne l'art. 4 sull'esercizio del diritto di sciopero esprime perplessità. Riserve espresse anche in merito alle modalità di accesso agli incarichi provvisori in medicina generale. Si riserva di apporre eventuale firma dopo averne discusso nel proprio Consiglio nazionale*".
In effetti l'articolo 1 *Obiettivi di prioritari di politica sanitaria* è diverso dalla precedente bozza d'intesa sottoposta ai sindacati a febbraio dove al punto 1 recitava: "La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari (…)".
Nell'accordo siglato cambia e nell'articolo 1 si legge: "La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di *performance*, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzidi politica sanitaria nazionale degli obiettivi prioritari (…)".
In altre parole gli accordi regionali dovranno retribuire i Mmg non più a prestazione, ma in base a indici di *performance*, processi, risultati.
Altra modifica riguarda *la declinazione inerente al PNC e in particolare alla presa in carico dei pazienti cronici da parte dei Mmg*.

- La precedente versione recitava: "(…) gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di assistenza primaria alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini".
- La nuova versione: "Gli AAIIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, cosi, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini (…)".

Altre modifiche sono inerenti al comma C inerente all'Accesso Improprio al Pronto Soccorso e al punto D su Governo delle liste d'attesa e appropriatezza. Per quanto concerne comma C le regioni chiedono un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle prestazioni di primo livello collegate all'accesso improprio in Pronto soccorsosottolineando che nel governo delle liste d'attesa "*per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale nel processi di budgeting aziendali*".
In merito alla regolamentazione del diritto di sciopero quello che Smi in particolare critica è la cancellazione della norma secondo cui, in caso di mancata adesione a uno sciopero indetto da tutte le sigle sindacali, il medico scriva all'Asl prima che inizino le 24 ore ante-astensione dal lavoro.

L'appunto della Fimmg

Nel nuovo accordo, rispetto alla bozza della preintesa, il capitolo relativo alla medicina penitenziaria resta sospeso perché, prima di aggiungere nuovi compiti, occorre aumentare con nuove borse di studio la disponibilità di futuri Mmg.
A tale riguardo Silvestro Scotti ha tenuto a precisare: "Quello che era sembrato risolvibile nel breve tempo, ovvero un aumento del numero delle borse attraverso l'uso dei fondi di piano finalizzati dal Ministero della Salute a questo scopo, pare sia bloccato per opposizione di una sola Regione. Ricordiamo a questa Regione che velocizzare l'accesso senza formare nuovi medici peggiorerà la situazione, rendendo l'emergenza un fatto di sua esclusiva responsabilità. Sul proseguo delle trattative saremo inamovibili, soprattutto sul tema della assistenza penitenziaria che non possiamo caricare sui numeri del diploma in Medicina Generale quali quelli della programmazione attuale, per cui chi prende queste decisioni forse sta sottovalutando il problema che, nel caso dei detenuti, potrebbe addirittura diventare drammatico".

Gestione cronici in Lombardia: sono in gioco le sorti della Medicina Generale

Il disegno della riforma lombarda è chiaro e si concretizza nel mandato affidato al Clinical Manager, ovvero l'emarginazione del medico di medicina generale dalla gestione dei propri pazienti di cui si addita indirettamente l'incompetenza a curare la malattia cronica, un invito a cambiare medico rivolto all'assistito, con tutte le conseguenze relazionali, sull'integrazione e sulla continuità assistenziale

Giuseppe Belleri
Medicina Generale Flero (BS)

La gestione delle condizioni croniche, come ribadito in numerosi passaggi del Piano Nazionale per la Cronicità, richiede processi di integrazione, condivisione e cooperazione, come quelli previsti dai PDTA, e soprattutto scelte strategiche ispirate all'appropriatezza organizzativa.

Per garantire l'appropriatezza della Presa in Carico (PiC) e della gestione della cronicità è centrale la suddivisione consensuale dei compiti tra i vari attori organizzativi, specie tra I° livello territoriale e II° livello specialistico, per evitare contrasti, duplicazioni o inutili sovrapposizioni; senza un esplicito riconoscimento dei ruoli reciproci si rischia di favorire la cosiddetta "generalizzazione della medicina specialistica", ovvero la tendenza di alcuni specialisti a "sconfinare" nell'area delle cure primarie sottraendo spazio e competenza al medico di medicina generale (Mmg).

I PDTA sono stati elaborati ed applicati dall'inizio del secolo proprio con l'intento di condividere tra Mmg e Specialisti ruoli organizzativi e compiti clinico-assistenziali, in particolare per quanto riguarda il diabete mellito. Prima di allora infatti il Centro Diabetologico si faceva carico di seguire assistiti affetti da diabete tipo II non complicato, che potevano essere agevolmente curati sul territorio dal medico di medicina generale. Si trattava di un evidente inappropriatezza organizzativa che aveva come conseguenza il sovraccarico del Centro, con allungamento dei tempi e delle liste d'attesa, di cui pagavano le conseguenze i diabetici "complessi".

Un ritorno al passato

Per superare questo assetto organizzativo "irrazionale" fu avviata, contestualmente all'implementazione dei PDTA, la "dismissione" dei diabetici tipo II non complicati, riaffidati alle cure della medicina territoriale.

Oggi di fatto con la delibera della Regione Lombardia sulla Presa in Carico dei Pazienti Cronici (n. 7655 del 28.12.2017) si ritorna al passato, complice la riproposizione dello stesso modello di relazioni inter-professionali inappropriate di allora; se il paziente decide di accettare la PiC da parte del Gestore ospedaliero, il *Clinical Manager* (CM) della struttura si riapproprierà, ad esempio, dei diabetici che attualmente sono seguiti dal Mmg. Sebbene la relazione tra Mmg e CM resti ancora indefinita, di fatto la scelta del paziente cronico di affidarsi alle cure del CM in alternativa al medico curante, configura una sorta di ricusazione selettiva del Mmg da parte dell'assistito.

Come ha sottolineato la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Lombardia *"si introduce in buona sostanza una dicotomia tra compiti clinico-assistenziali del Mmg e quelli affidati al Clinical Manager del Gestore, che potrebbe pregiudicare la continuità e l'integrazione dell'assistenza" ad esempio "quando si rendessero necessarie variazioni della terapia cronica, anche in assenza di riacutizzazioni, per cui la persona*

assistita dovrà comunque e sempre far riferimento al Clinical Manager del Gestore".

Un invito a cambiare medico

In sostanza l'offerta di PiC suona come un invito a cambiare medico per un'implicita squalifica professionale del Mmg, di cui si dichiara indirettamente l'incompetenza a curare la malattia cronica. Si tratta di una novità in quanto fino ad ora le relazioni inter-professionali erano negoziate tra Mmg e specialista, ricorrendo ai due istituti previsti dagli ACN: la tradizionale visita di consulenza o al passaggio in cura dal Mmg allo Specialista. Ora invece l'assistito viene formalmente invitato a "bypassare" le cure primarie per affidarsi stabilmente ad un professionista alternativo, in un contesto organizzativo ospedaliero.
Per un'appropriata suddivisione dei compiti tra Medicina Generale e Medicina Specialistica è essenziale la categorizzazione delle diverse forme di cronicità, che si distribuiscono lungo un *continuum* ai cui estremi si trovano:

- da un lato gli assistiti sani e asintomatici portatori di uno o più fattori di rischio ad elevata prevalenza (semplice iperglicemia e/o ipertensione arteriosa ben compensati e senza danno d'organo);
- dall'altro quelli affetti da monopatologie "complesse" a bassa prevalenza (malattie infiammatorie intestinali, connettiviti, emopatie, epilessia, tumori, malattie neurodegenerative etc..) o pluripatologie ad elevata intensità clinico-assistenziale (ipertesi e/o diabetici con plurime complicanze, retinopatia, coronaropatia, uremia, polineuropatia, FA e scompenso cardiaco etc..).

Ogni categoria nosografica richiede un bilanciamento appropriato del contributo delle cure primarie e di quelle specialistiche, in funzione della complessità e problematicità del singolo caso. La distribuzione consensuale dei compiti professionali ed organizzativi è influenzata da due variabili, ovvero la preparazione del medico, specialistica o generalistica, e l'esperienza pratica accumulata sul campo.
Nel caso delle condizioni ad alta prevalenza il Mmg può giocare un ruolo perché l'esperienza può in certa misura sopperire alla preparazione generalistica; al contrario nelle patologie a bassa prevalenza o ancor di più in quelle rare è improponibile un affidamento esclusivo alla MG, i cui compiti restano ancillari rispetto allo specialista, proprio per una combinazione "in negativo" di preparazione non specialistica e soprattutto scarso bagaglio esperienziale di pratiche e di casi clinici.
In un'ottica di appropriatezza organizzativa si possono così schematizzare le relazioni professionali tra I° e II° livello nelle patologie croniche:

- **Relazione consulenziale "classica"**. L'assistito è in carico del Mmg e il parere dello specialista può essere richiesto occasionalmente dal generalista per un dubbio diagnostico o terapeutico in assistiti portatori di singoli fattori di rischio ad alta prevalenza: la PiC e la gestione del caso restano affidati al Mmg secondo i criteri da PDTA, ma senza la necessità del PAI
- **Assistito "condiviso"**. In caso di patologie ad altra prevalenza con complicanze d'organo la gestione può essere condivisa tra Mmg e Specialista in base ai PDTA (*follow-up* specialistici periodici concordati) con eventuale PAI in caso di assistiti complessi
- **Passaggio in cura**. Per patologie a bassa prevalenza/rare o in caso di pluripatologie la gestione resta prevalentemente specialistica, con PAI e supporto della MG per *follow-up* periodici, sorveglianza e monitoraggio delle terapie in atto etc..
- **Pazienti domiciliari** disabili, non autosufficienti, fragili etc. Vengono in genere seguiti con l'assistenza domiciliare del Mmg, in ADP o ADI, con consulenze specialistiche domiciliari, in alternativa al "ricovero" in RSA o strutture analoghe.

I dubbi sull'appropriatezza organizzativa della PiC riguardano soprattutto queste due ultime categorie come si evince anche dalla proposta di revisione elaborata da un gruppo di Mmg lombardi *(https://app.box.com/s/yql53so9fha0yvlidpwmrcusu0p551dd)*.
In concreto, chi garantirà l'assistenza ai cronici fragili e/o non autosufficienti, attualmente in assistenza domiciliare o in ADI, che sceglieranno il *Clinical Manager*? Chi assicurerà in futuro la cosiddetta medicina di prossimità, la visione globale dei problemi e il coordinamento degli interventi sul territorio? Sarà in grado il *Clinical Manager* di recarsi regolarmente al domicilio dell'assistito per monitorarne le condizioni cronica, come fanno attualmente i Mmg?

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

Addio alle Medicine di Gruppo Integrate

Il Veneto, e non solo, dovrà rinunciare alle Medicine di Gruppo Integrate, troppo costose. Il diktat viene direttamente dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ed è supportato dalla recente Relazione della Corte dei Conti sulla spesa sanitaria regionale

"Non faremo più battaglie - esclama **Domenico Crisarà**, segretario di Fimmg Veneto - ma a perdere sono i malati, soprattutto i cronici. In più saltano 4mila posti di lavoro tra collaboratori di studio e personale infermieristico". È questo il commento a caldo del segretario regionale alla notizia del *diktat* alla Regione da parte del Ministero dell'Economia e della Finanza (MEF), e supportato dalla Relazione della Corte dei Conti sulla spesa sanitaria regionale, di bloccare la costituzione delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI) perché troppo costose. "Il contratto per tre anni inerente al periodo di sperimentazione delle MGI costa alla Regione 150 milioni di euro complessivi - precisa il segretario regionale Fimmg - rispetto a un bilancio triennale di 27 miliardi. Se palazzo Balbi va in *default* per questa spesa, sono davvero preoccupato. Prima dicono che soltanto con questi super ambulatori si potrà sostenere la medicina nel territorio, e adesso veniamo a scoprire che non è più così. A questo punto, noi continueremo a fare i medici come possiamo, in base agli strumenti che ci daranno in dotazione. Quando i problemi si amplieranno, ognuno si assumerà le proprie responsabilità".

Una questione di costi

Per i magistrati contabili la Regione, pur essendo in attivo e garantendo i Lea, correrebbe il rischio con le MGI di effettuare un investimento pubblico che non ha ritorni certi e neanche certezze rispetto alla copertura finanziaria. Secondo il Ministero le previsioni di spesa del Veneto per il quadriennio 2015/2018 non coprono gli oneri effettivi. La delibera regionale 751 del 2015, che regola i rapporti con i Mmg attraverso contratti d'esercizio, ha previsto per l'attivazione delle MGI un finanziamento con un fondo speciale da parte della Regione. Ma tutto ciò sembra non bastare anzi, c'è stato uno sforamento di 30 milioni, in parte già ripianato dalla Regione. Ed è proprio questo sforamento a preoccupare. Ma a tale riguardo Crisarà ha tenuto a precisare che l'investimento regionale vale per tre anni, dopodiché il sistema deve autosostenersi, un elemento che la magistratura contabile non ha tenuto nella giusta considerazione.
Al momento in Veneto sono più di 50 le Medicine di Gruppo Integrate attivate rispetto alle oltre 80 previste, garantiscono un'apertura fino a 12 ore al giorno, una copertura infermieristica e persino specialistica. Si tratta di un modello assistenziale nato dal 'basso'. Soggetti fondamentali di questo cambiamento sono stati i medici - in particolar modo i Mmg - che avevano già un'esperienza di lavoro di gruppo - reattivi alla delibera regionale del 2011 con cui si cercava di cominciare a declinare quanto dettato dal decreto Balduzzi.

Un avvertimento

Il MEF inoltre chiede alla Regione Veneto di fare chiarezza sull'aumento dei costi dei Mmg e diffida le altre Regioni dall'adottare il modello proposto dal Veneto, sostenendo che se questo dovesse avvenire sarebbe pari ad un esborso di 1,5 miliardi di euro per il Ssn. Questo diktat mette in discussione l'intero Piano Socio Sanitario del Veneto di cui le Medicine di Gruppo Integrate sono il fulcro. Inoltre vanifica una parte consistente della protesta dei Mmg del Veneto che ad ottobre li aveva visti compatti nel chiedere alla Regione lo sblocco delle Medicine di Gruppo Integrate.
Le MGI già esistenti, conclusi i tre anni di sperimentazione, diventeranno così Medicine di gruppo semplici, cioè studi associati di medici di di famiglia senza più specialisti e in funzione 7 ore al giorno.

La gestione della violenza diventa tematica Ecm

Medici a scuola di autodifesa. Grazie ad una delibera dell'Agenas, approvata di recente, si potranno organizzare corsi accreditati sulla gestione del rischio, a tutti i livelli, anche sulle tecniche psicologiche per disinnescare l'aggressività e mettersi in salvo

Quali sono i segnali che preannunciano un'*escalation* di violenza? E come disinnescare la rabbia dell'interlocutore prima che sfoci in un'aggressione fisica? Che cosa si intende per 'mentalità difensiva'? Saper riconoscere i campanelli di allarme di una violenza imminente, per poterla prevenire ed evitare, è la principale tecnica di autodifesa, prima ancora delle mosse per divincolarsi o mettere a terra l'aggressore, materia base di tutti i corsi. La novità è che, ad apprenderla, saranno ora i medici e gli altri professionisti sanitari, soprattutto quelli che lavorano in condizioni di rischio: guardia medica, Pronto soccorso, visite domiciliari, sanità veterinaria.

La FNOMCeO, insieme a tutti i sindacati medici, aveva chiesto nella prima riunione del Tavolo di Consultazione permanente sulla professione, più formazione su questi argomenti. Ora, dall'Agenas, l'Ente che si occupa dell'Educazione Continua in Medicina (Ecm), arriva una prima, concreta, risposta: la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti degli operatori sanitari è stata inclusa, con una delibera del 15 marzo, ma approvata di recente, tra le tematiche di interesse nazionale del sistema Ecm. Cosa significa? Che si potranno organizzare corsi accreditati sulla gestione del rischio, a tutti i livelli, dall'epidemiologia del fenomeno, alla prevenzione del rischio secondo i sistemi di risk management, alle tecniche psicologiche per disinnescare l'aggressività e mettersi in salvo. Non solo: i corsi su queste materie avranno maggior valore in termini di crediti: dove per un corso normalmente si acquisisce un credito l'ora, i professionisti che vorranno aggiornarsi sulla prevenzione della violenza saranno premiati con 1,3 crediti orari.

Un'emergenza

"La violenza contro gli operatori sanitari è una vera e propria emergenza di sanità pubblica - commenta il Presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli**, che della Commissione nazionale Ecm istituita in seno ad Agenas è, di diritto, Vicepresidente -. I dati che le Organizzazioni sindacali dell'Ospedale, del Territorio, della Sanità Veterinaria hanno portato al Tavolo dell'Ordine dei Medici e che abbiamo consegnato nelle mani del Ministro della Salute, in occasione della seconda riunione dell'Osservatorio ministeriale, confermano sostanzialmente quanto già sapevamo: ogni giorno tre professionisti della sanità sono vittime di aggressioni, e due di loro sono donne. Dobbiamo metterci nelle condizioni di difenderci, di prevenire la violenza. Occorrono interventi strutturali, occorre più formazione. Oggi come oggi solo psichiatri e psicologi sono opportunamente formati sulle tecniche di dissuasione e neutralizzazione: noi vogliamo che tutti i nostri colleghi e le nostre colleghe siano messe nelle condizioni di difendersi, anche se la prima tutela deve essere l'abbattimento del rischio".

"Gli episodi di violenza, in un sistema di gestione del rischio - conclude Anelli - devono essere visti come 'eventi sentinella': ma ciò è difficile se diventano quasi la normalità".

Priorità sanitarie, cronicità e 'big data': l'opinione degli italiani

Le risposte alle priorità globali della Sanità Pubblica, la gestione sostenibile della cronicità e le nuove frontiere aperte dall'uso dei servizi digitali sanitari sono stati gli argomenti centrali di "Inventing for Life - Health Summit', un grande evento istituzionale organizzato a Roma da MSD Italia, nel corso del quale è stata presentata un'interessante indagine d'opinione dell'Istituto Piepoli condotta sulla popolazione generale

Ricerca e innovazione hanno rappresentato, fin dagli albori della medicina, la risposta a importanti emergenze di salute globale; lo sono tuttora e continueranno a esserlo sempre di più in futuro. Eppure, i cittadini spesso non riescono a riconoscerne il valore: è questa la principale indicazione che emerge da un'indagine quantitativa svolta da Istituto Piepoli: il 29% degli intervistati identifica la ricerca scientifica come priorità sulla quale si dovrebbero concentrare gli sforzi del Servizio Sanitario Nazionale; appena l'8% considera prioritario per il Ssn garantire l'accesso ai farmaci innovativi in tempi rapidi. Eppure, il 97% considera importante, per un paziente con tumore, poter usufruire delle nuove terapie.

L'indagine è stata presentata nel corso di "*Inventing for Life - Health Summit*", un evento istituzionale organizzato da MSD Italia che ha riunito clinici, rappresentanti di istituzioni, società scientifiche e associazioni per discutere di innovazione in medicina, di gestione sostenibile delle cronicità e delle priorità globali della sanità pubblica.

Secondo i cittadini coinvolti nell'indagine, ad oggi sono i tumori a rappresentare la sfida prioritaria per la Sanità Pubblica; il 72% crede che si dovrebbe investire di più in quest'ambito mentre si sottovaluta l'impatto di malattie come il diabete (meritevole di investimenti solo per il 13% degli intervistati), delle malattie infettive (2%) e della prevenzione vaccinale (2%). I fatti, però, dicono che le minacce per la Salute arrivano da diversi fronti: ad esempio, il ritorno in Italia e in Europa di malattie che sembravano sconfitte, come il morbillo, conseguenza del calo della copertura vaccinale o di sistemi di sorveglianza delle malattie poco efficaci. O ancora, l'emergenza sanitaria globale rappresentata dall'antibiotico-resistenza: entro il 2050, le infezioni resistenti agli antibiotici potrebbero diventare la prima causa di morte al mondo. Un intervistato su due non sa però cosa sia l'antibiotico-resistenza e solo il 32% la ritiene un problema 'molto' preoccupante, a fronte di un 86% che vede nelle infezioni ospedaliere un'emergenza di sanità pubblica.

Sostenibilità del Ssn

Altro tema chiave esplorato nel corso del Summit è quello della gestione sostenibile della cronicità. Il sondaggio dell'Istituto Piepoli rivela che, secondo gli intervistati, la patologia che costa di più al nostro Servizio Sanitario Nazionale è il cancro: 66%, contro il 18% del diabete e il 19% delle patologie cardiovascolari. Tale percezione non trova conferma nei dati. Infatti, in uno scenario come quello del nostro Paese, dove 1 persona su 5 è over 65, con un'età media di 45,2 anni, e

un saldo negativo tra nuove nascite e decessi in continuo aumento (-183.000 nel 2017), le patologie croniche incidono in maniera decisamente significativa a livello di costi: ad esempio, per il diabete, il Ssn sostiene ogni anno costi diretti per 9,6 miliardi di euro, ai quali si aggiungono 10,7 miliardi di costi indiretti (assenza dal lavoro e pensionamento anticipato). Le strategie di promozione di un invecchiamento in salute, anche attraverso le vaccinazioni, e i modelli di gestione integrata della cronicità sul territorio rappresentano la chiave - individuata anche dal recente Piano nazionale della Cronicità - per vincere questa sfida senza compromettere la sostenibilità del Ssn Fondamentale è il ruolo del medico di medicina generale, perno della gestione integrata dei pazienti con patologie croniche sul territorio ma ancora limitato nella libertà prescrittiva, in particolare per quanto riguarda le terapie innovative per il diabete. Per quanto fondamentali, le terapie non rappresentano però l'unico elemento in grado di concorrere al miglioramento della salute delle Persone. I servizi digitali rappresentano infatti una leva importante per facilitare il percorso di trattamento e di cura. I cosiddetti 'Big Data' sono considerati un'importante risorsa per migliorare la gestione della complessità in sanità. I cittadini, però, non sembrano ancora cogliere del tutto i vantaggi di questa opportunità; solo la metà degli intervistati dall'Istituto Piepoli si dichiara disposta ad autorizzare l'uso dei suoi dati sanitari privati. L'utilizzo dei *Big Data* in sanità, così come la telemedicina (che l'89% degli intervistati crede possa essere d'aiuto per i pazienti cronici), rappresentano quindi importanti risorse per la sanità del futuro, a patto che non si perda di vista la centricità del paziente, esigenza che emerge fortemente anche dall'indagine. Il 39% degli intervistati, infatti, reputa che i pazienti non siano adeguatamente ascoltati e considerati nelle decisioni del Ssn e l'84% sostiene che l'offerta di servizi sanitari in Italia non sia distribuita in modo omogeneo ed equo.

Un quadro complesso, quello delineato, nel quale appare evidente l'importanza della cooperazione tra attori del mondo scientifico, del settore pubblico e privato, per il perseguimento di un fine comune: il miglioramento delle condizioni di Salute.

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

Sanità senza medici? Anche i giudici dicono 'no'

L'Ordine dei Medici esprime un'amara soddisfazione per le sentenze del Tar di Bari che hanno bocciato le dotazioni organiche delle Asl pugliesi approvate dalla giunta Vendola tra 2011 e 2012, e nei fatti tuttora vigenti, perché non garantiscono la presenza del numero minimo di medici necessari a coprire i Lea

La FNOMCeO esprime "amara soddisfazione" per le sentenze del Tar di Bari (566, 569, 571, 572 del 2018, Seconda Sezione, presidente Adamo) che hanno bocciato le dotazioni organiche delle Asl approvate dalla giunta Vendola tra 2011 e 2012, e nei fatti tuttora vigenti, perché non garantiscono la presenza del numero minimo di medici necessari a coprire i Livelli essenziali di assistenza. In particolare, condivide il principio della sentenza secondo cui il vincolo finanziario "*resta un mezzo, non certo il fine delle scelte politico-amministrative della Regione in materia sanitaria*". Ancora durante l'ultimo Consiglio nazionale, la Federazione dei Medici ha ribadito che la tutela del diritto alla salute dei cittadini si garantisce se il sistema sanitario persegue obiettivi di salute e non obiettivi di bilancio, come purtroppo è accaduto negli ultimi anni a causa di un modello aziendalista di gestione della Sanità. Con i risultati che tutti conosciamo: sempre meno medici, sempre più anziani, sempre più 'sfruttati'. Sino ad arrivare, a breve, al collasso del sistema, che non sarà più in grado di garantire ai cittadini un'assistenza di qualità.

La salute prima dei vincoli di bilancio

"Sembra ormai che siano rimasti solo i giudici, i medici e i cittadini a credere che il fine ultimo della Sanità sia la salute dei cittadini e che i vincoli di bilancio siano solo un mezzo e non certo un fine del sistema", commenta **Filippo Anelli**, Presidente FNOMCeO. "Mi ricordo di altri momenti della nostra storia in cui la magistratura ha dovuto svolgere funzioni di supplenza rispetto alla politica. Quando questo accade, è sempre un brutto segnale: è il segnale di un sistema che non solo non funziona, ma che nemmeno è capace di riformarsi".

"La sentenza non fa altro che certificare una verità che è sotto gli occhi di tutti - continua **Anelli** - a livello nazionale c'è una drammatica carenza di personale medico che non riesce più a garantire la salute ai cittadini. E allora si può pensare di spostare il personale da una struttura ad un'altra, ma i numeri sono sempre quelli, indipendentemente dal modello di Sanità che si scelga di attuare. A meno che il modello cui punta la Regione Puglia, insieme a molte altre Regioni, sia una Sanità senza medici".

"Di fronte a questo scenario - aggiunge - perdura il conflitto tra Stato e Regioni sulle priorità sulle quali investire i fondi vincolati agli obiettivi di piano: il Governo vorrebbe che i 40 milioni di euro disponibili si destinassero all'aumento delle borse di studio per la formazione dei medici, per supplire alle carenze dei medici di famiglia e anche di specialisti che si prospettano nei prossimi anni. Le Regioni vorrebbero invece dirottare i fondi verso altre priorità e chiedono allo Stato di stanziare dotazioni finanziarie aggiuntive per le borse di studio. E chi fa le spese di questo braccio di ferro? I medici e i cittadini".

Una campagna ad hoc

Per questo, in attesa che la Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni si riunisca, la FNOMCeO ha deciso di lanciare una campagna di comunicazione sui *social* per sensibilizzare l'opinione pubblica e sollecitare l'azione del Governo rispetto al problema della carenza di medici.

"Centenari" - questo il titolo della campagna - ritrae due medici molto anziani accompagnati dall'*headline* "Sanità Pubblica senza medici entro 10 anni. I medici vanno in pensione senza essere sostituiti. Chiediamo al Governo di agire subito".

Aggiornamenti

- **Epatologia**
  Gestione condivisa della colangite biliare primitiva
- **Malattie cardiovascolari**
  Raccomandazioni pratiche di prevenzione personalizzata
- **Neurologia**
  Stroke: non abbassare la guardia e vigilare sui fattori di rischio
- **Neuroscienze**
  Identificare i soggetti a rischio gambling patologico
- **Radiologia diagnostico-interventistica**
  Ernie discali: trattamento percutaneo imaging-guidato
- **Nutrizione clinica**
  Percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici

■ EPATOLOGIA

Gestione condivisa della colangite biliare primitiva

La colangite biliare primitiva (PBC), in precedenza denominata cirrosi biliare primitiva, è una malattia autoimmune e cronica che interessa i piccoli dotti biliari. I linfociti T riconoscono come estranee le cellule dei dotti biliari, attaccandole fino a distruggerle, e causando un'infiammazione cronica e progressiva nei tessuti, che vengono sostituiti da tessuto cicatriziale. Un recente studio ha fornito la prima fotografia del nostro Paese, secondo il quale la prevalenza è di 28 casi su 100.000 (circa 13.000 persone), con un'incidenza di 5.3 casi su 100.000 l'anno, ma poiché la malattia, soprattutto nelle fasi iniziali, è asintomatica, è possibile ipotizzare un sommerso (Marzioni N et al. *Dig Liver Dis* 2017 49; (S1): e14). "Come la gran parte delle malattie autoimmuni anche la PCB si sviluppa più spesso nelle donne (rapporto maschi femmine 1:9). Ad oggi, non è stato individuato un singolo agente causale, ma si pensa che le cause siano multifattoriali: genetica, ereditarietà e familiarità, fattori ambientali come infezioni virali o batteriche" - spiega a *M.D.* il Prof. **Pietro Invernizzi**, Direttore UOC di Gastroenterologia, Centro per le Malattie Autoimmuni del Fegato, Ospedale San Gerardo di Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Inquadramento

La malattia è asintomatica nelle fasi precoci e, ove presenti, i sintomi più comuni sono per lo più aspecifici (prurito, stanchezza, gonfiore addominale, nausea, secchezza della bocca, emicrania). I sintomi caratteristici della fase avanzata di malattia, sono sovrapponibili a quelli di altre patologie a carico del fegato e includono: xantelasmi e xantomi, ittero, edemi e ascite, sanguinamento gastrointestinale, confusione mentale e rallentamento motorio e stato di denutrizione. "La diagnosi è relativamente semplice - continua Invernizzi - e si basa su tre elementi: alterazione degli enzimi epatici; presenza di marker specifici (AMA e ANA); lesioni tipiche alla biopsia epatica". La CBP non si associa ad alterazioni morfologiche del fegato, per cui il ruolo della diagnostica per immagini è quello di escludere la presenza di lesioni o cause di ostruzione extraepatica, come la calcolosi biliare. "Il trattamento della CBP, secondo le linee guida dell'associazione europea per lo studio delle malattie epatiche (EASL) del 2017, ha come obiettivo il rallentamento della progressione della malattia e il controllo dei sintomi. Il farmaco di prima linea è l'acido ursodesossicolico (UDCA), e in Italia anche l'acido tauro-ursodesossicolico, in grado di controllare la malattia in circa il 60/70% dei soggetti. È invece di recente introduzione (agosto 2017) e rimborsato dal Ssn l'acido obeticolico: la sua indicazione è la seconda linea nei pazienti affetti da CBP che non rispondono adeguatamente alla terapia con UDCA o che sono intolleranti all'UDCA. L'acido obeticolico è un agonista del recettore farnesoide X: agisce a livello immunologico e metabolico ed è in grado di prevenire il formarsi di fibrosi epatica, ma soprattutto migliorare il flusso biliare del fegato, prevenendone l'accumulo e il ristagno all'interno dell'organo.

Ruolo del Mmg

"Tra le competenze del Mmg c'è quella di identificare precocemente il paziente portatore della CBP con l'obiettivo di indirizzarlo ad una valutazione specialistica corretta - afferma ad *M.D.* **Ignazio Grattagliano**, Presidente SIMG Bari. Il secondo passo è quello di collaborare con lo specialista nella fase di follow-up che può anche durare tutta la vita. Inoltre i pazienti portatori di CBP possono essere affetti da comorbidità concomitanti e che per questo richiedono un inquadramento generale a 360 gradi".

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Pietro Invernizzi e Ignazio Grattagliano

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Raccomandazioni pratiche di prevenzione personalizzata

Lo sviluppo di strategie di prevenzione moderne ed efficaci, basate sull'implementazione dei corretti stili di vita e su interventi farmacologici consolidati dalle evidenze, si propone oggi come lo strumento principale per sconfiggere le malattie cardiovascolari (MCV), per garantire una migliore qualità di vita nell'età avanzata e per assicurare la sostenibilità futura del nostro Ssn. Sono le parole del Prof. **Massimo Volpe**, Presidente della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (Siprec) all'atto della presentazione del documento "Consenso e raccomandazioni pratiche di prevenzione cardiovascolare" di cui è anche coordinatore e che ha visto la collaborazione di 10 tra società scientifiche ed enti di ricerca. Le 100 pagine del documento mirano ad essere di stimolo per compiere i passi necessari nella giusta direzione e disegnano una *roadmap* per una prevenzione CV a tutto tondo.

Livelli di intervento

La promozione di politiche sanitarie rivolte a guadagnare anni in salute attraverso la prevenzione e, quindi, l'interruzione della transizione dalla salute alla malattia cronica, deve prevedere diversi livelli di intervento: globale, nazionale, di comunità, a livello individuale e familiare e una vera e propria rivoluzione dell'approccio medico basato sulle "4P", per una medicina che sia: Predittiva, Preventiva, Personalizzata e Partecipativa, si legge nel documento. In particolare, tali termini si possono spiegare come segue:

- Predittiva delle disfunzioni e dei precursori delle malattie in uno stadio precoce
- Preventiva, per l'eliminazione precoce dei fattori di rischio
- Personalizzata, sulla base delle informazioni disponibili per ogni individuo
- Partecipativa, anche grazie all'enorme mole di mezzi e tecnologie oggi disponibili.

Un nuovo concetto di prevenzione precoce, personalizzata, precisa e partecipativa dovrà quindi essere tradotto in strategie efficaci e compatibili con le risorse a disposizione. Questo processo non può prescindere da una modifica culturale che deve avere ricadute sull'educazione e sulla formazione del medico e degli operatori sanitari, soprattutto nelle aree disciplinari in cui il livello di efficacia della prevenzione, sia in termini di interventi sullo stile di vita sia attraverso interventi farmacologici, è tanto sviluppato come nelle MCV.

Stile di vita e farmaci

Per la prevenzione CV è fondamentale agire sui fattori di rischio modificabili (dieta, peso corporeo, livelli di lipidi e glucosio, nonché su patologie come l'ipertensione arteriosa), *in primis* con approcci comportamentali e, successivamente, farmacologici. Corretti stili di vita sono fondamentali per ottenere la massima efficacia dei trattamenti farmacologici utili per la prevenzione CV, siano essi farmaci impiegati per il trattamento dell'ipertensione, del diabete, delle dislipidemie o dell'obesità. I soli trattamenti farmacologici, seppur innovativi, non riescono infatti a correggere il "rischio CV residuo", che invece richiede interventi mirati sui fattori di rischio modificabili del singolo paziente. Infatti, sono ancora tanti i pazienti che continuano ad essere esposti ad un consistente rischio di eventi, nonostante siano trattati con le migliori strategie preventive. Pertanto, l'utilizzo di strategie farmacologiche non deve sostituire corretti approcci comportamentali.

Una importante sezione del documento è dedicata ad aderenza e compliance che restano un ostacolo da superare, soprattutto nei pazienti in politerapia. Negli ultimi anni si è assistito alla sperimentazione e produzione della poli-pillola, l'associazione in una sola pillola di principi attivi diversi. La personalizzazione della poli-pillola potrebbe rappresentare un obiettivo futuro per migliorare l'aderenza alle terapie farmacologiche.

• Fonte: Documento di consenso e raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia 2018. *G Ital Cardiol* 2018; Vol 18 (Supp 1 al n. 2).

■ NEUROLOGIA

Stroke: non abbassare la guardia e vigilare sui fattori di rischio

La buona notizia è che le evidenze dimostrano che i tassi di incidenza standardizzati per l'ictus nell'Unione Europea sono in calo. Ma se ciò è certamente positivo, questa tendenza è sovrastata dall'invecchiamento della popolazione. Il miglioramento dei tassi di sopravvivenza dell'ictus, dal canto suo, implica che ci saranno più persone che vivranno con le conseguenze a lungo termine. È l'estrema sintesi di quanto emerge dallo studio "The Burden of Stroke in Europe" condotto dai ricercatori del King's College di Londra, che rappresenta un'analisi approfondita dello stato della sensibilizzazione, informazione e prevenzione di questa emergenza sanitaria, dell'offerta di cura, della riabilitazione, del sostegno e dell'integrazione sociali e in generale della vita degli europei dopo un ictus cerebrale.
Nella ricerca trovano conferma anche dati epidemiologici allarmanti: l'ictus è tra le prime cause di morte, la seconda causa di deficit cognitivo nell'adulto ed è in assoluto la prima causa di disabilità a lungo termine in Europa. Nonostante gli sforzi sino ad ora compiuti ci si aspetta un aumento di circa il 30% dei nuovi casi tra il 2015 e il 2035, attribuibile soprattutto all'invecchiamento della popolazione.
I tassi decrescenti di nuovi ictus sono generalmente attribuiti a strategie di buona prevenzione. In media, i miglioramenti sono stati più importanti nei Paesi dell'Europa occidentale, aumentando così la già esistente differenza tra l'Est e l'Ovest.

Prevenzione: aumentare la consapevolezza

La conoscenza da parte delle persone sui fattori di rischio è ancora bassa, si legge nel documento. L'impatto delle campagne di sensibilizzazione continua a non mantenere effetti sul lungo termine e la percentuale della popolazione avente uno o più fattori di rischio determinanti l'ictus, è significativa.
L'ipertensione arteriosa è significativamente sottotrattata e la percentuale complessiva degli europei ipertesi che non seguono un'adeguata terapia è inferiore al 50%.
La FA è spesso diagnosticata solo dopo un evento: alcuni studi (condotti in Irlanda, Islanda, Croazia, Norvegia) hanno riportato che tra il 25% e il 50% delle diagnosi di FA note dopo ictus, non lo erano in precedenza. Una recente metanalisi ha anche rilevato che al 24% dei pazienti affetti da ictus viene loro diagnosticata la FA per la prima volta dopo l'evento. Questi rapporti suggeriscono ancora una significativa sotto-diagnosi della FA nella popolazione. A causa dell'invecchiamento della popolazione europea e dell'importante correlazione di FA ed età (0.7% nei 55-59enni vs 17.8% nei soggetti di età ≥85 anni), la prevalenza di FA dovrebbe aumentare. Si stima che il numero di adulti con età >55 anni con FA raddoppierà, passando tra il 2010 e il 2060 da 8.8 a 17.9 milioni di casi.
È necessario quindi un miglioramento della diagnosi e della gestione della FA, includendo gli approcci sistematici per l'identificazione e il monitoraggio della stessa FA. L'efficacia e il rapporto costo-benefici delle politiche di screening della FA delle popolazioni a rischio dovrebbero essere valutati nei rispettivi contesti sanitari di ciascun Paese.
Allo stesso modo, si dovrebbero sviluppare, per esempio, nuovi dispositivi e applicazioni per la rilevazione della FA e per l'automonitoraggio dell'INR. Un approccio più sistematico che monitori l'aderenza alle linee guida ed eventualmente l'incentivazione dell'aderenza potrebbero migliorare la percentuale dei trattamenti.

Bibliografia

- King's College London for SAFE (Stroke Alliance for Europe). The Burden of Stroke in Europe. Report. Ed It a cura di A.L.I.Ce. Italia Onlus (www.aliceitalia.org)

■ NEUROSCIENZE

Identificare i soggetti a rischio gambling patologico

È possibile prevedere se una persona tenderà a sviluppare una soggezione patologica al gioco d'azzardo? Uno studio diretto dall'Istituto di bioimmagini e fisiologia molecolare del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibfm-Cnr) di Catanzaro, a cui ha partecipato l'Università della Calabria, ha definito i tratti della personalità del gambler patologico grazie a tecniche avanzate di intelligenza artificiale. Lo scopo di queste ricerche è creare strumenti sempre più sensibili per riconoscere un disturbo prima che esso si manifesti in tutta la sua gravità.

"Chi è vittima del gioco d'azzardo patologico perde, oltre a ingenti quantità di denaro, la capacità di controllo delle proprie azioni e la fiducia dei propri cari, con la percezione di essere entrato in un tunnel senza via di scampo", spiega **Antonio Cerasa**, ricercatore Ibfm-Cnr. "Le neuroscienze sono impegnate da decenni nello studio di questo disturbo che devasta la vita di molte famiglie italiane. Oggi sappiamo che la causa è multifattoriale (genetica, neurobiologica e comportamentale) e conferisce alla persona una vulnerabilità di base, amplificata da fattori psicosociali (povertà o traumi biografici).

La letteratura indica già che, oltre a disfunzioni cerebrali e genetiche del sistema dopaminergico, i gambler patologici hanno anche un profilo di personalità disfunzionale, sono cioè più vulnerabili alle situazioni sociali che invitano al gioco, e questo aspetto non è mai studiato finora con metodi di intelligenza artificiale".

Lo studio

Per indagare questo aspetto poco conosciuto il gruppo di ricerca ha coinvolto alcune strutture di riabilitazione psichiatrica a Milano e a Catanzaro, allo scopo di valutare i giocatori patologici in cura. Sono stati utilizzati algoritmi di intelligenza artificiale per capire se esiste nei giocatori d'azzardo patologici uno specifico costrutto di personalità. Nel calcolatore sono stati inseriti 6.000 dati di 160 soggetti che non hanno mai giocato a slot machine o giochi d'azzardo e di 40 pazienti con gambling, ognuno dei quali era analizzato a seconda delle 30 caratteristiche alla base della personalità umana. Nella seconda fase dell'esperimento la macchina, dopo aver processato i dati, ha identificato la migliore combinazione che permette di separare i sani dai malati. Il risultato che consente di classificare otto gamblers su dieci è quello costituito dai seguenti sottotratti: bassa apertura mentale; bassa coscienziosità; bassa fiducia negli altri; ricerca di emozioni positive; elevato tratto depressivo e impulsivo. Una persona con queste caratteristiche rischia la vulnerabilità verso questa patologia psichiatrica".

Alta impulsività e depressione erano caratteristiche del gambler seriale già note. "L'avanzamento apportato dai modelli multivariati che abbiamo utilizzato è la conoscenza dell'esatta struttura multidimensionale del profilo di base di un giocatore. Un po' come dire che la malattia è legata all'alterazione di uno o più geni", precisa Cerasa. "La personalità è un marcatore oggettivo della funzionalità cerebrale, la cui attendibilità predittiva vale per i disturbi psichiatrici ma anche per malattie neurologiche come Parkinson e Alzheimer. Ad esempio, a parità di performance cognitive, l'estroverso pensa e usa aree cerebrali diverse dall'introverso, così come l'ansioso o impulsivo rispetto alla persona emotivamente stabile".

Bibliografia

- Cerasa A et al. Personality biomarkers of pathological gambling: a machine learning study. *Journal of Neuroscience Methods* 2018; 294: 7-14.

■ RADIOLOGIA DIAGNOSTICO-INTERVENTISTICA

Ernie discali: trattamento percutaneo imaging-guidato

■ Salvatore Alessio Angileri[1], Chiara Floridi[1], Martina Gurgitano[1]
Anna Maria Ierardi[1], Mario Petrillo[1], Gianpaolo Carrafiello[1,2]

L'ernia discale è il risultato della degenerazione e conseguente dislocazione del disco intervertebrale all'interno del canale rachideo o dei forami di coniugazione intervertebrali. Il 60-80% di tutti gli individui lamenta almeno un episodio di mal di schiena durante la vita: nel 14% dei casi il dolore dura più di 2 settimane, con un'incidenza lievemente superiore negli uomini. La sintomatologia ha un impatto negativo sulla qualità della vita e costituisce una delle principali cause di assenza dal lavoro, rendendo, pertanto, l'ernia discale un reale problema socio-economico.

Clinica

L'origine della sintomatologia è dovuta sia al danneggiamento del disco in sé, che si manifesta con il classico mal di schiena (cervicale, dorsale e lombare), sia alla sua dislocazione all'interno del canale vertebrale. In base a quanto disco protruda posteriormente e alla morfologia che acquisisce, si parla di protrusione o ernia discale. L'impegno che ne deriva può essere centrale o paramediano rispetto al canale rachideo, oppure intra o extra-foraminale rispetto ai forami di coniugazione. Nel caso di compressione sulle radici nervose si distingue una fase iniziale irritativa, caratterizzata da dolore, e una seconda fase subacuta-cronica caratterizzata da manifestazioni deficitarie, ossia di vero danno sensitivo-motorio a carico delle radici nervose e/o del midollo compressi dall'ernia o dalla protrusione discale. Nel caso di compressione del midollo spinale si può determinare un quadro di conflitto vascolare acuto, con danno ischemico centro-midollare, o cronico, con comparsa di gliosi reattiva.

Diagnosi e trattamento

• La diagnosi viene fatta durante la visita clinica e confermata dal radiologo alla risonanza magnetica, che costituisce la metodica d'imaging di scelta per lo studio del disco intervertebrale e dei sui rapporti con le strutture circostanti. I radiogrammi del tratto di rachide interessato e la TC sono utili per una migliore valutazione della componente ossea, permettendo di escludere altre potenziali cause e sedi d'origine del dolore.

• Il trattamento dell'ernia può essere conservativo (riposo, fisioterapia, farmaci, altro), chirurgico e non chirurgico mini-invasivo.

Alla prima presentazione si preferisce un atteggiamento conservativo.

I soggetti nei quali non sia possibile gestire il dolore con i farmaci o con gli altri mezzi conservativi a disposizione, o nei quali siano presenti deficit di tipo neurologico, possono essere canditati all'intervento chirurgico.

Tuttavia, in relazione alle comorbidità del paziente, la chirurgia non sempre è indicata, può non essere risolutiva, è inoltre accompagnata da una piccola percentuale di complicanze e non esclude la possibilità di recidive.

Tutto ciò ha portato allo sviluppo di tecniche alternative mini-invasive.

Tecniche alternative mini-invasive

Tra queste rientrano le procedure radiologico interventistiche imaging-guidate, che prevedono la "rimozione" percutanea di parte del nucleo polposo mediante l'uso di una vasta gamma di agenti chimici, termici o meccanici, con lo scopo di ridurre la pressione intradiscale e permettere al materiale erniato di ritornare in sede o di "sporgere" meno nel canale vertebrale. Si possono trattare ernie cervicali e lombari *(figura 1)*.

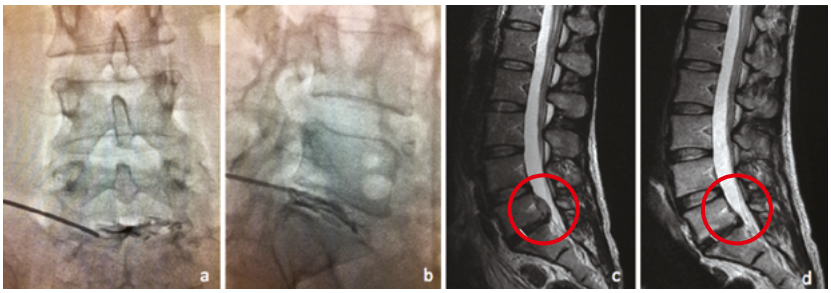
Le procedure maggiormente utilizzate sono:

1. Decompressione discale percutanea (PDD) mediante coblazione: l'applicazione di una corrente bipolare a radiofrequenza, all'estremità di un ago-sonda posizionato nel nucleo

ASST Santi Paolo Carlo Presidio San Paolo
Università degli Studi di Milano
[1] Radiologia Diagnostica ed Interventistica
[2] Direttore Radiologia Diagnostica ed Interventistica
Prof. Ordinario di Radiologia
Università degli Studi di Milano

Figura 1

Trattamento e RM di controllo



Trattamento ernia discale lombare L5-S1 con posizionamento dell'ago mediante guida fluoroscopica e discografia (con mdc) (a,b). RM pre- e post-trattamento a distanza di 6 mesi (c,d)

del disco intervertebrale, permette la rapida rimozione di tessuto discale, che viene vaporizzato per effetto della ipertermia indotta dalla radiofrequenza (ablazione).

2. Decompressione discale percutanea (PDD) di tipo meccanico: l'estrazione del materiale del nucleo polposo è realizzata mediante un dispositivo meccanico con punte a spirale, che ruota ad elevata velocità.

3. Discogel: è una sostanza polimerica in forma liquida che viene iniettata direttamente all'interno del disco erniato, ove va a riempire tutte le lacerazioni e fessure create dall'erniazione e si solidifica in breve tempo riducendo il proprio volume. Questo determina un effetto di trazione meccanica dall'interno del disco stesso che richiama il materiale erniato, riducendo così l'ernia.

Generalmente le procedure sono eseguite in regime di day hospital.

Le prescrizioni post-procedura includono: riposo per i primi 15 giorni dopo il trattamento e astensione dal mantenimento prolungato della posizione seduta, dal sollevamento di pesi e dall'eccessiva attività fisica. Successivamente il paziente può ritornare alle normali abitudini di vita quotidiana.

Farmaci antinfiammatori e miorilassanti possono essere prescritti al bisogno, come co-adiuvanti nel regolare decorso di convalescenza. La possibilità di associare fisioterapia va generalmente valutata e discussa caso per caso.

Controindicazioni

Controindicazioni assolute all'esecuzione delle suddette procedure sono la presenza di frammenti discali liberi, instabilità vertebrale, stenosi dei forami neurali o del canale spinale, bulging asintomatici diagnosticati incidentalmente, discite e/o infezione in atto non trattata e gravidanza presunta o accertata.

Diatesi emorragica, terapie anticoagulanti correggibili (anche solo per l'esecuzione del trattamento), grave malattia degenerativa discale con riduzione di più di 2/3 dell'altezza del disco, pregresso intervento sullo stesso disco intervertebrale e neoplasie (primitive o secondarie), costituiscono controindicazioni relative, da valutare caso per caso.

Complicanze

Nel nostro Centro si eseguono circa 180 procedure all'anno: i tassi di successo tecnico e di successo clinico si attestano rispettivamente intorno all'99% e al 90%.

La bassissima percentuale di complicanze post-procedurali è di circa lo 0.5%.

Tra le complicanze descritte in letteratura, la discite risulta la più frequente, con comparsa nell'0.24% dei pazienti e nell'0.091% di tutti i dischi trattati; tuttavia nella nostra casistica essa non si è verificata in alcun caso, né sono state necessarie ospedalizzazione successiva e/o cure specifiche.

Conclusioni

L'ernia del disco risulta ai giorni nostri una patologia frequente e invalidante. I trattamenti proposti dalla Radiologia Interventistica rappresentano una valida, efficace e sicura alternativa, determinando un importante miglioramento della sintomatologia, fino a un ritorno alle regolari attività quotidiane in tempo breve, non precludendo tuttavia ulteriori possibili trattamenti in caso di inefficacia o recidiva.

Per informazioni
salvatore.angileri@asst-santipaolocarlo.it

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

NUTRIZIONE CLINICA

Percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici

Le alterazioni dello stato nutrizionale sono altamente prevalenti nei malati oncologici, tanto che la malnutrizione per difetto è considerata una "malattia nella malattia". La scarsa attenzione per lo stato nutrizionale in corso di terapie oncologiche determina gravi conseguenze non solo sulla qualità della vita dei pazienti, ma anche sulla loro capacità di aderire ai diversi trattamenti proposti, con una conseguente peggior prognosi. La mobilitazione della comunità scientifica e delle istituzioni su questo importante tema ha prodotto il documento "Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici", elaborato da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di aziende sanitarie, di Università e da esponenti di diverse società scientifiche.
Il documento ha l'obiettivo sia di ridurre le complicanze mediche conseguenti alla malnutrizione, sia di facilitare il recupero dello stato nutrizionale e della salute fisica, tappe essenziali nel processo di guarigione. Il modello organizzativo è quello di un percorso integrato che permetta lo svolgimento di un programma nutrizionale personalizzato e associato al trattamento oncologico sin dal primo accesso ai servizi coinvolgendo ospedale e day surgery, reti territoriali, continuità assistenziale, Mmg e Pls, assistenza domiciliare, nutrizione artificiale.

Focus sulla malnutrizione

I pazienti oncologici risultano essere quelli che presentano più frequentemente problemi nutrizionali, anche in fasi di malattia estremamente precoci, come subito dopo un intervento chirurgico attuato con intento radicale e, quindi, in assenza di metastasi.
Tra i pazienti neoplastici che perdono peso, il 20-30% muore per le conseguenze dirette e indirette della malnutrizione. Frequenza e gravità della perdita di peso variano a seconda del tipo di tumore: l'80% dei pazienti con neoplasia del tratto gastrointestinale superiore e il 60% di quelli con neoplasia polmonare presentano perdita di peso già al momento della diagnosi. Inoltre, perdita di peso si verifica nel 72% delle neoplasie pancreatiche, nel 69% delle neoplasie esofagee, nel 67% delle neoplasie gastriche, nel 57% dei tumori del distretto testa-collo, nel 34% delle neoplasie del colon retto, nel 31% dei casi di linfoma non-Hodgkin.
La malnutrizione per difetto è un vero e proprio predittore indipendente di aumentata morbidità e mortalità e la perdita di peso corporeo e di massa muscolare inducono un maggiore rischio di tossicità da chemioterapia.
In altri casi, le terapie possono determinare un aumento di peso e la malnutrizione per eccesso, rappresentando un fattore di rischio per sindrome metabolica e per recidiva di malattia.
In tutte le situazioni, l'intervento nutrizionale deve essere tempestivo - si legge nel documento - e costituire, sin dal primo contatto del paziente con le strutture sanitarie, parte integrante del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale che costituisce l'insieme delle cure oncologiche, ed essere personalizzato, dinamico e sempre finalizzato a prevenire e correggere la malnutrizione.
Considerata la patogenesi multifattoriale della malnutrizione nel malato oncologico, è indispensabile considerare le cure nutrizionali come parte integrante di un percorso che abbia come presupposto un approccio multimodale e multiprofessionale.
All'interno del percorso devono essere prese in considerazione, accanto al monitoraggio dello stato metabolico-nutrizionale, tutte le opzioni terapeutiche potenzialmente attuabili (counselling nutrizionale, integrazione nutrizionale orale, nutrizione enterale, nutrizione parenterale), rispettando un continuum terapeutico che prenda di volta in volta in considerazione la dinamica delle esigenze del malato oncologico.

Bibliografia

- Ruocco C et al. Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici, 2018. www.salute.gov.it

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

E-mail di un collega: "Saluti. Vado via e ho voluto affidare a questo elenco di colleghi i miei saluti e qualche riflessione. Quando ho detto che intendevo salutare mi è stato detto di lasciare perdere che tanto non interessa a nessuno: è normale in questi tempi, che un medico di famiglia che, come me, ha dedicato quasi 40 anni del suo tempo agli altri se ne vada in pensione insalutato e in silenzio. A me però non pare normale. Per carità non credo di meritare dedicata una via o una piazza, ma siccome sono una persona educata non voglio andarmene senza salutare. Voglio salutare l'apparato burocratico amministrativo socio-sanitario che tanto ha fatto per complicarmi la vita, riuscendoci. Voglio che sappiate che per fare il mio lavoro ho dovuto spesso ignorarvi.
Non mi mancherete, spero di mancarvi.
Ai pazienti che arrivavano da me con diagnosi di malattie inesistenti già fatte in internet o da specialisti autogestiti auguro di trovare un medico il giorno in cui si ammaleranno davvero; a questi voglio dire che mi avete umiliato senza trarne alcun vantaggio. Avete sciupato il mio e il vostro tempo. Frequentarci è stato inutile e sciocco. Nessun rimpianto nel lasciarvi.
Agli affezionati assidui frequentatori che mi consultavano su ogni sciocchezza non so cosa dire perché le ho provate tutte, ma cederei ad un ricatto morale nell'affermare che mi mancherete.
Alla tanta gente per bene che in questi anni si è rivolta a me con onestà e fiducia, spero di esservi stato utile; vi ho dato quello che so e quello che sono e sono stato ripagato.Vi sono grato. Mi mancherete, so che vi mancherò.
Infine ai miei colleghi; siete stati per me motivo di arricchimento culturale, morale e di divertimento. Nessun incontro con voi è stato inutile. In modo diverso per ciascuno di voi voglio che sappiate che sentirò molto la vostra mancanza".

Martedì

Il referto della visita cardiologica effettuata ad una mia paziente è particolarmente interessante, indirizzato all'"egregio collega" riporta i dati anamnestici della signora, l'esame obiettivo e i consigli terapeutici.
Si tratta di una signora che seguo da molti anni affetta da una cardiopatia ipertensiva ad evoluzione dilatativa e da una fibrillazione atriale noti fin dal 2008.
Ho sempre seguito la signora che è rimasta in buon compenso fino al luglio dell'anno scorso quando si è recata in Pronto soccorso ed è stata ricoverata per uno scompenso di cuore. La paziente, ottantatreenne, obesa, ora in buon compenso, dopo la dimissione è stata presa in carico dalla cardiologia, il referto della visita riporta già la

prenotazione per il prossimo controllo che la signora dovrà effettuare fra tre mesi. L'"egregio collega" non viene ritenuto in grado di controllare la signora ed eventualmente inviare la paziente in consulenza in caso di bisogno. L'impegnativa per la visita di controllo cardiologica è già stata redatta e al medico curante viene fatto pervenire dalla segretaria della cardiologia un foglietto in cui sono riportati gli esami da prescrivere prima della prossima visita specialistica. L'"egregio collega" è il segretario della segretaria.

Mercoledì

"Dottore non so cosa fare, mia madre ottantaquatrenne si è innamorata di un nostro dipendente cinquantacinquenne; si scambiano di nascosto i biglietti con le poesie e si sentono spesso al telefono. Mi dice che voglio bloccarla, che non posso impedirle di vivere e che non vuole assolutamente interrompere questa relazione con questo suo amico dell'anima."

• Autista in sciopero, precettato, viene da me per avere un giorno di malattia. Ha una micosi cutanea.

Giovedì

La popolazione che assisto si è molto trasformata. Lentamente nelle ultime due decadi è cambiato l'approccio con lo studio medico, i pazienti più giovani vengono vestiti in modo molto *casual*, d'inverno portano la tuta da ginnastica e d'estate *short* e infradito, salutano con un ciao e mi danno del tu. Bevono *spritz*, fumano più della generazione precedente e hanno automobili costose. Sanno tutto, mi indicano gli esami che devo prescrivere e insistono per avere visite specialistiche di qualsiasi tipo.
Una mia giovane paziente che a fatica è riuscita ad avere il diploma di scuola media inferiore fa la *youtuber*, dà consigli su come curarsi e a chi rivolgersi, ha centinaia di *followers*. Intanto, in questo mare di ignoranza edonistica, aumentano le malattie metaboliche e quelle trasmesse sessualmente, l'obesità, le malattie cardiovascolari e l'abuso di sostanze più varie.

Venerdì

Chiedo a una mia paziente nigeriana, che mi ha appena mostrato delle lesioni erpetiche vulvari, se ha avuto rapporti sessuali recentemente. "No dottore, non vorrai mica scherzare, mio marito ora è in Africa e se io dovessi avere rapporti con qualcuno il Vudù farebbe morire mio figlio".

• È ormai sessantenne, vive da sola, e accudisce la vecchia madre le cui condizioni sono critiche. "Dottore, se mia madre verrà a mancare, la mia vita non avrà più senso, io morirò con lei". Un cordone ombelicale che la madre non ha mai voluto tagliare.

Sabato

F.F. mi ha telefonato da casa usando un numero di telefono mobile non suo, mi ha detto che stava male e che aveva bisogno di alcuni giorni di riposo. Lamentava di avere la febbre e dolori muscolari diffusi, anche un po' di nausea. "Le mando mia moglie in studio per il certificato". "Mi spiace, se non la vedo non posso fare alcun certificato. Sono qua fino alle sette, la aspetto".
La sera lo faccio passare appena entra, in modo da non creargli alcun disagio. "Allora dottore, non importa, chiedo alcuni giorni di ferie, ho un sacco di arretrati da poter usare". Era agli arresti domiciliari! Non so in quali guai mi sarei cacciato se avessi fatto quel certificato!

Ruolo dei fattori individuali e ambientali nello sviluppo delle malattie

Il futuro è verso una medicina personalizzata?

Ogni individuo possiede delle caratteristiche genetiche ben distinte che potrebbero influenzare l'insorgenza di determinate patologie o la risposta più o meno efficace alle terapie.
Per realizzare una medicina personalizzata, occorre compiere molti sforzi volti a superare problematiche eterogenee e complesse che investono vari ambiti: la difficoltà di accesso alle indagini da parte della popolazione, gli alti costi, la necessità di migliorare, uniformare e validare le metodiche di indagine ed analisi dei risultati, nonché considerazioni etiche, legali e sociali connesse con il trattamento di dati "sensibili" quali quelli inerenti il patrimonio genetico dell'individuo

a cura di: **Pasquale De Luca**[1]
con la collaborazione di: **Antonio De Luca**[2], **Angelo Benvenuto**[3], **Michele Carella**[1], **Cinzia Florio**[1], **Francesco Damone**[1], **Marco Sperandeo**[4], **Gianluigi Vendemiale**[5]

Introduzione

Individuare e dettare "linee guida" nella strategia diagnostica, e quindi in quella terapeutica, delle malattie è divenuto sempre più necessario, specie negli ultimi 50 anni, e ciò in particolare per le malattie ad alta diffusione e soprattutto per quelle nelle quali, per la poliedricità dei quadri clinici di presentazione e per il decorso, quasi sempre troppo prolungato, l'"impegno" del medico, da una parte, e la "tolleranza" del paziente, dall'altra, sono messi a dura prova.
Sono anche altri i motivi per i quali si è ritenuto necessario cercare di standardizzare l'algoritmo diagnostico e terapeutico:

- l'ancora scarsa e soprattutto incompleta conoscenza della patogenesi e della semeiogenesi di buona parte delle malattie,
- la difficoltà a mantenere nel tempo un completo rapporto di fiducia fra medico e paziente (specie quando il successo non appare evidente e immediato, con il rischio di deviazioni verso la terapia "non convenzionale"),
- l'organizzazione sanitaria ancora insufficiente per ottenere risposte agli esami in tempi ragionevolmente brevi,
- i costi di tali esami (a volte invasivi) e quelli dei farmaci ritenuti necessari (con relative implicazioni economiche da parte del Ministero della Salute, delle case farmaceutiche produttrici e dei pazienti stessi) e, ancor più di recente e in maniera tale da non riuscire quasi a tenere loro il passo,
- l'enorme rapidità e facilità nella diffusione "intercontinentale" delle notizie di successi (fra l'altro spesso non sufficientemente provati o addirittura non veritieri) con trattamenti "innovativi", e conseguenti e comprensibili richieste assistenziali.

Stato dell'arte

Tutto quanto sinora detto in premessa e molti altri motivi hanno richiesto, in particolare negli ultimi 30 anni, soprattutto al ricercatore clinico, di rivisitare criticamente buona parte dei molti studi finora effettuati e resi noti anche sulle più accreditate riviste scientifiche, confrontandoli fra loro e cercando di trarre conclusioni attraverso ricerche di metanalisi, per scegliere, poi, vie decisionali secondo le cosiddet-

Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG
[1]*Dirigente Medico SC Medicina Interna*
[2]*Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC*
[3]*Direttore SC Medicina Interna*

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG)
[4]*Dirigente Medico SC Medicina Interna*

AOU "Ospedali Riuniti" Policlinico di Foggia
[5]*Direttore Dipartimento Internistico*

te linee della "medicina basata sulle evidenze (MBE)".
Considerando che, anche se ne conosciamo molti aspetti della patogenesi, ancora sfuggono i reali moventi eziologici ad esempio delle malattie immunologiche, sì da sospettare che essi siano alla base di quasi tutte le malattie, anche quelle secondarie ad agenti ben individuati, quali quelli virali, batterici ed anche fisici e chimici. Risulta pressoché imprevedibile, per i multiformi quadri che ne possono scaturire, quanto può avvenire se patologie di questo tipo colpiscono, ad esempio, l'apparato digerente o quello endocrino o ancora il cardiovascolare o quello respiratorio.
Questo è, assai spesso, uno dei principali limiti nel programma di collocare, ad esempio, il singolo portatore di malattie immuni di specifici apparati (come quelli sopra menzionati) nelle linee guida diagnostiche e terapeutiche attualmente codificate e seguite, senza avere adeguate informazioni sulla sua possibilità di risposta all'evento scatenante la malattia, da un lato, e al trattamento, dall'altro.
Il principale limite della MBE, pertanto, consiste nella presunzione di poter trasferire all'ambito clinico risultati sperimentali ottenuti con metodi statistici rigorosi, ma per loro natura incapaci di considerare quella variabilità individuale che rende ogni paziente un caso a se stante o comunque da collocare in sottogruppi non ancora ben classificabili, in termini sia diagnostici, sia terapeutici, seguendo una nuova "tassonomia" genetica.
Solo il perfezionamento delle conoscenze sull'origine e sulle dinamiche intrinseche dell'eterogeneità biologica e patologica, coniugato con il "buon senso" clinico, potrà consentire l'individuazione di linee guida ad hoc effettivamente utili e pienamente efficaci per ogni singolo paziente, integrando la MBE con le conoscenze che portano ad una medicina personalizzata (MP).
I risultati ottenuti dalla ricerca scientifica, specie negli ultimi 20 anni, hanno contribuito notevolmente ad aumentare la sopravvivenza media e lo stato di salute nei Paesi industrializzati.
Grazie al progresso scientifico sono stati prodotti nuovi algoritmi diagnostici e nuove linee guida terapeutiche, in grado di stabilire quale sia lo strumento migliore o il farmaco più appropriato in una particolare malattia, basandosi sui risultati di trial condotti su migliaia di pazienti.
Si è così creato un nuovo approccio "assistenziale", comunemente definito come MBE, dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche al momento disponibili. Tale fenomeno ha assunto una notevole importanza in quanto è stato in grado di migliorare non solo l'aspetto decisionale nei riguardi di una particolare malattia, ma soprattutto di razionalizzare meglio le risorse economiche del Sistema Sanitario Nazionale, in costante crisi finanziaria.

Medicina specializzata

La MBE non è, tuttavia, esente da critiche. Il fatto che 70 casi su 100 di adenocarcinoma del colon-retto rispondano meglio al farmaco A anziché al farmaco B indica che, almeno nella maggior parte dei casi, dovremmo iniziare una terapia con il farmaco A. Restano, tuttavia, esclusi i 30 soggetti che non risponderanno a tale farmaco e che non sono quindi inquadrabili in nessun algoritmo precostituito. Questi ultimi entreranno, così, in un altro protocollo terapeutico che si mostrerà efficace in circa il 60% dei casi lasciando, nuovamente "scoperto" un certo numero di soggetti. Cosa fare di tali pazienti? È qui che si introduce il concetto della "Medicina Specializzata", basata non sulle evidenze del gruppo, ma su quelle del singolo, e non rivolte verso la malattia, ma verso l'individuo.
Già nel 1932 Giacinto Viola, nel suo testo "La costituzione individuale", riaffermava l'esistenza di una variabilità fenotipica che suggeriva come "ogni cellula deve verosimilmente portare con sé questo suggello di varietà morfologica funzionale che la cellula madre portava ereditariamente in se stessa".
Il substrato molecolare della suscettibilità alle malattie e il loro corso naturale differiscono notevolmente da soggetto a soggetto. L'asma bronchiale, il diabete mellito, le malattie infiammatorie croniche intestinali, le malattie cardiovascolari e immunitarie, sono solo alcuni fra gli esempi più eclatanti di come il rischio di patologia scaturisca dalla complessa interazione fra "fattori ambientali" e "predisposizione individuale", condizionata da sottili differenze in molteplici "loci genici" in gran parte ancora sconosciuti. Inoltre, la variabilità interindividuale non si estingue nella sola suscettibilità alle malattie, ma investe anche l'ambito della loro progressione, l'espressività clinica, il decorso, la prognosi e la risposta terapeutica, per cui la determinazione di "marcatori molecolari predittivi" può rappresentare la "chiave di volta" per migliorare la gestione del singolo paziente, dalla prevenzione primaria alla diagnosi precoce, alla scelta o addirittura alla creazione del farmaco più adatto al suo "pattern molecolare".

Questo è il goal della medicina personalizzata, volta ad individuare l'iter diagnostico-terapeutico mediante l'uso di algoritmi di rischio, di biomarcatori genetici e proteici, di terapie mirate e anche secondo le conoscenze della farmacogenomica, per "offrire il trattamento giusto al paziente giusto e nel momento giusto".

Conclusioni

La medicina personalizzata è dunque quella disciplina che si avvale delle metodiche e dei principi della "farmaco-genomica" per ottenere la prescrizione della terapia su misura per il singolo individuo. I caratteri del soggetto in studio da definire per l'impostazione della terapia personalizzata sono fondamentalmente di tre pertinenze: corredo genetico o DNA, espressione genica o RNA messaggero (mRNA), assetto proteico. Questo significa che le informazioni genetiche su un dato individuo riguardano la sequenza di basi del DNA di un certo gene, il maggiore o minore livello di espressione di quel determinato gene, o il tipo di proteina corrispondente. Le tecnologie della biologia molecolare sfruttate in medicina personalizzata vanno quindi dal *genotyping* dei *single nucleotide polymorphisms (SNPs)* e caratterizzazione dell'aplotipo, agli studi di espressione genica con *biochip/microarrays*, e infine alla proteomica.
Sempre maggiore attenzione è stata posta, negli ultimi anni, verso il "sistema neuro-immuno-endocrino" come elemento critico nel mantenimento dell'omeostasi dell'organismo.
La capacità di rispondere agli "stress esogeni" ed "endogeni" è infatti condizionata dalle interazioni che si determinano fra patrimonio genetico ed ambiente, mediate dall'azione integrata del sistema nervoso, endocrino ed immunitario. In questa ottica, ben si comprende quanto cruciale sia il ruolo dell'immunità nella preservazione dell'equilibrio interno e, dunque, come le sue alterazioni, primitive o secondarie, siano implicate in una maniera che possiamo definire "universale" nella patogenesi delle malattie, da quelle neoplastiche a quelle infiammatorie croniche a quelle degenerative, o persino a quelle secondarie ad agenti patogeni ben individuati (virus, batteri, tossici e agenti fisici), nonché a quelle immunitarie propriamente dette.
Dunque, di quella "variabilità biologica e molecolare" che sostanzia la medicina personalizzata, il sistema immunitario è senz'altro uno dei principali attori e, al contempo, da essa viene influenzato. Per questo, la ricerca medica orientata alla comprensione delle basi molecolari delle malattie e della loro eterogeneità, ha dedicato allo studio dei meccanismi fisiopatologici dell'immunità un particolare interesse, soprattutto nell'ambito di alcune specifiche malattie immunologiche (dell'apparato digerente, respiratorio, endocrino e cardiovascolare) che, per complessità, poliedricità e variabilità interindividuale, rappresentano un modello molto fertile di ricerca nel campo della "personalizzazione della medicina".
Sulla base di quanto scaturisce da queste considerazioni, potremmo, almeno in parte, trarre alcune conclusioni legate essenzialmente al convincimento che non è corretto, allo stato attuale delle conoscenze, generalizzare sempre in forma di "linee guida" l'approccio terapeutico alle più comuni malattie. È necessario, infatti, individuare, per quanto già possibile, preventivamente gli aspetti individuali dei pazienti tali da poterli classificare in sottogruppi sui quali i fattori ambientali possono aver influito in maniera diversa, determinando quadri clinici sotto molti aspetti differenti e tali da non rispondere, in ogni caso, alla stessa terapia.
Sarà questa, quindi, la soluzione definitiva? Non lo crediamo; riteniamo, comunque, che, per una possibile rivalorizzazione della MBE rispetto alla MP, saranno necessari altri trial su nuovi sottogruppi individuali, cercando di portare il paziente sempre al centro della nostra attenzione, ma sfruttando le più moderne e razionali tecnologie di studio, applicandole al singolo paziente, sebbene costretti a tenere sempre presente il problema dei "costi/benefici" nei nostri programmi.

Bibliografia

- Baba Y. Development of novel biomedicine based on genomes science. *Eur J Pharm Sci* 2001; 13: 3-4.
- Cartabellotta A et al. La medicina basata sulle evidenze: la risposta culturale al nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. *Epidemiol Prev* 1996; 20: 301-3.
- Ginsburg GS et al. Personalized medicine: revolutionizing drug discovery and patient care. *Trends Biotechnol* 2001; 19: 491-6.
- Jain KK. Personalized medicine. *Curr Opin Mol Ther* 2002; 4: 548-58.
- Katsuma S et al. Genome medicine promised by microarray technology. *Expert Rev Mol Diagn* 2001; 1: 377-82.
- Liberati A. Clinical evidence: informazioni e non rigide regole. La fonte delle migliori prove di efficacia per la pratica clinica. Ministero della Salute 2003.
- Liotta LA et al. Clinical proteomics: personalized molecular medicine. *JAMA* 2001; 286: 2211-4.
- Malliani A. Un nuovo rapporto tra medicina e industria. Etica per una cooperazione possibile. *Boll Soc Ital Med Int* 2003.
- Meyer JM et al. The path to personalized medicine. *Curr Opin Chem Biol* 2002; 6: 434-8.

Perché "troppo sale fa male"

La relazione tra consumo di sale e danno cardiovascolare e metabolico è oggetto di confronto, anche alla luce di dimostrazioni crescenti degli effetti nocivi dell'eccessivo apporto di sodio. Il tema è stato dibattuto anche a Nutrimi, XII Forum di Nutrizione Pratica di Milano

Ferruccio Galletti
Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università di Napoli Federico II
Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa

Sebbene risulti chiaro il ruolo dell'abuso di sale nello sviluppo di danno vascolare attraverso l'aumento della pressione arteriosa, vi sono dimostrazioni crescenti degli effetti nocivi dell'abuso di sale sul rischio di eventi cardiovascolari, che appaiono indipendenti e additivi rispetto a quelli esercitati attraverso il solo incremento pressorio.
Uno studio condotto su ratti sodioresistenti ha evidenziato che i ratti mantenuti ad elevato consumo di sale erano andati incontro ad infarto cerebrale, senza una sostanziale variazione dei valori pressori.
In altri modelli sperimentali è risultato che un elevato consumo di sale promuove la produzione di radicali liberi dell'ossigeno e lo stress ossidativo insieme all'aumento dell'aggregabilità piastrinica.
Questi risultati sono avvalorati anche da studi clinici che hanno mostrato gli effetti dannosi dell'elevato consumo di sale in particolare sulla massa cardiaca, sulla parete arteriosa e a livello renale, conseguenze almeno in parte non spiegate dall'effetto sulla pressione arteriosa.
Studi di tipo osservazionale hanno mostrato una relazione sfavorevole tra l'assunzione abituale di sale e la massa ventricolare sinistra, anche indipendentemente dalla pressione arteriosa. In aggiunta, uno studio di intervento ha dimostrato la possibilità di una riduzione della massa ventricolare sinistra in ipertesi attraverso la riduzione dell'apporto dietetico di sale, in parte indipendentemente dalla riduzione della PA. Allo stesso modo, anche lo spessore medio-intimale delle grandi arterie risulta specificamente sensibile alle variazioni dell'apporto di sale attraverso meccanismi indipendenti dalla PA. Infatti, un elevato consumo di sale appare associato a modificazioni rilevanti dell'endotelio e della matrice extracellulare con incremento della rigidità di parete a livello aortico.
Uno studio longitudinale, condotto su pazienti con ipertensione lievemoderata, valutando le variazioni del diametro e della rigidità arteriosa sodio-indotte, ha mostrato che una dieta a ridotto contenuto di sodio portava a riduzione dei valori pressori e ad un incremento di diametro dell'arteria brachiale.
È stato anche suggerito che una moderata riduzione del consumo di sale contribuisca alla riduzione della pressione centrale aortica e migliori l'elasticità delle grandi arterie riducendo, quindi, la rigidità arteriosa. Inoltre, studi di popolazione hanno fornito una chiara evidenza dell'associazione tra consumo abituale di sale ed escrezione urinaria di albumina (espressione di danno vascolare a livello renale), a sua volta predittore di insufficienza renale.
Infine, i risultati di studi prospettici, hanno confermato l'effetto favorevole della restrizione sodica in parte indipendente dalla pressione arteriosa: una differenza di circa 5 grammi di sale al giorno è risultata associata ad una differenza rispettivamente del 23% e del 17% nel rischio di ictus e malattie cardiovascolari totali.
L'insieme di questi dati mette in luce il ruolo causale dell'eccessivo apporto di sodio nel promuovere lo sviluppo di ipertensione arteriosa e nell'aumentare la prevalenza e l'incidenza delle malattie cardiovascolari, evidenziando quindi la necessità di strategie nazionali per la riduzione dell'introito di sale allo scopo di prevenire tali patologie.

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

Farmaci nella donna in allattamento

Il position statement del ministero della Salute è una guida per la gestione corretta delle informazioni di sicurezza dei farmaci in allattamento, sulla base di comprovate evidenze scientifiche, considerando che nella pratica clinica la scelta terapeutica spetta al medico, dopo la valutazione del singolo caso

La salute della mamma in allattamento è fondamentale per quella del bambino e, in caso di malattia, può essere valutata l'opportunità di iniziare una terapia farmacologica o di non interromperla, qualora essa sia già in atto. Tuttavia, l'assunzione di medicinali da parte della donna che allatta solleva la problematica della sicurezza per il lattante, per i possibili effetti conseguenti al passaggio del farmaco nel latte materno. Su queste basi il ministero della Salute ha pubblicato il position statement "Uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno", di cui riportiamo una sintesi.

Le stime

Si stima che tra il 65% e il 95% delle donne in allattamento assuma farmaci. Per quanto riguarda la situazione italiana, nel 2016, il Servizio di Informazione sui Farmaci in Gravidanza e Allattamento del Centro Antiveleni di Bergamo ha ricevuto 28.922 richieste di consulenza sull'uso dei farmaci in allattamento, per un totale di 41.903 farmaci. Le informazioni sono state richieste, nella maggior parte dei casi, dalle donne stesse (85% dei casi), dagli operatori sanitari (9%) e dai familiari (6%). L'età del lattante al momento della richiesta di consulenza era inferiore a 6 mesi nel 57% dei casi, tra 6 e 12 mesi nel 22%, tra 12 e 24 mesi nel 17%, mentre nel 4% dei casi era superiore ai due anni. Le richieste di informazioni riguardavano l'uso di farmaci nel 98% dei casi, mentre il restante 2% riguardava informazioni su esecuzione di radiografie, uso di cosmetici, ecc.
Tra i farmaci, al primo posto si collocano i Fans (22%), seguiti da antibiotici (14%), gastrointestinali (14%), ormonali (5%), genitourinari (4%), cardiovascolari (3%). I farmaci attivi sul SNC costituivano l'8% del totale delle richieste e riguardavano in particolare ansiolitici (49%), antidepressivi (29%), antiepilettici (12%) e antipsicotici (10%).

Farmaci generalmente compatibili

Le tabelle riportate nel documento sono basate sulle richieste al Centro Antiveleni di Bergamo e redatte in base alle informazioni disponibili nella letteratura medico-scientifica più aggiornata, ma non sono esaustive dei farmaci che potrebbero essere impiegati in allattamento. Di tutti i farmaci elencati nella colonna di sinistra, viene presa in esame la via di somministrazione orale alla madre, ove non diversamente indicato. Nel riportare gli eventi avversi è stata utilizzata la dizione "Nessuno segnalato" se sono presenti in letteratura studi di monitoraggio di lattanti esposti al farmaco in allattamento, senza che siano riportati eventi avversi e "dati non disponibili" in caso di mancanza di studi o case report.

Passaggio dei farmaci nel latte materno

Il passaggio del farmaco nel latte materno è favorito prevalentemente da lunga emivita, basso peso molecolare, basso legame alle proteine plasmatiche ed elevata liposolubilità. Altri elementi che possono influenzare la quantità di farmaco assunta dal lattante sono la via di somministrazione usata (le vie topica, inalatoria e intranasale determinano un'escrezione trascurabile nel latte), la quantità di latte materno che il neonato assume giornalmente e la percentuale di farmaco che viene assorbita a livello gastro-enterico (biodisponibilità).
A questi parametri, correlati alle proprietà farmacocinetiche del farmaco, vanno aggiunte altre caratteristiche peculiari del lattante quali la prematurità, la maturazione del metabolismo epatico, la filtrazione renale, la maturazione della barriera emato-encefalica.

Valutazione medica

Nell'approccio alla valutazione dell'uso dei farmaci in allattamento il medico dovrebbe fare una valutazione metodologicamente corretta sull'eventuale rischio della singola molecola, in relazione al caso individuale e non basarsi esclusivamente sul mero principio di astensione/negazione per eccessiva cautela. Il giudizio professionale non dovrebbe basarsi su un

approccio prioritariamente improntato alla medicina difensiva.
Non si dovrebbe ritenere che l'assunzione di farmaci in allattamento sia in linea di principio incompatibile con la tutela della salute del lattante. La malattia della madre se non curata (per esempio la cura di un problema dentario o di un attacco di emicrania/cefalea) potrebbe rappresentare un rischio per il bambino e non dovrebbe essere differita.
Particolare attenzione va però posta quando il bambino è allattato in maniera esclusiva al seno e in particolare nei primi due mesi di vita e nei neonati pretermine, quando il metabolismo è ancora immaturo.
La scelta della terapia dovrebbe ricadere su principi attivi per cui vi è una comprovata esperienza clinica in allattamento, evitando i farmaci con lunga emivita o con lunga durata d'azione. Se possibile, è da preferire la via di somministrazione che riduca al minimo il passaggio nel latte (ad esempio corticosteroidi per via inalatoria anziché orale).
Dovrebbero essere scelti i farmaci non assorbiti o poco assorbiti per via gastrointestinale, con il minimo dosaggio terapeutico efficace.
Se un farmaco è assolutamente controindicato, in assenza di alternative compatibili si può interrompere l'allattamento per poi riprenderlo appena possibile. In questo caso si daranno le informazioni necessarie per mantenere una valida produzione di latte materno mediante estrazione dal seno.
Nei casi più complessi o con farmaci di recente autorizzazione, la valutazione del beneficio/rischio può essere utilmente discussa con i Servizi di informazione sull'uso di farmaci in allattamento (e gravidanza).

Gestione del trattamento

Nel documento vengono segnalate alcune indicazione sulla gestione del trattamento farmacologico durante l'allattamento.
- Prima di consigliare un prodotto medicinale deve essere considerato se è stata fatta la scelta del farmaco più appropriato.
- Alla madre che allatta vanno chiaramente spiegati i dati scientifici disponibili ed il perché certi farmaci sono giudicati compatibili con l'allattamento al seno.
- Si suggerirà lassunzione subito dopo la fine di una poppata al seno, per consentire comunque il massimo di metabolizzazione da parte della madre (il picco ematico avviene tra 1 e 3 ore dall'assunzione orale). Se il farmaco viene assunto una volta/die, se ne suggerirà l'assunzione dopo il pasto

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)/analgesici e antipiretici

Farmaco	Escrezione nel latte (% dose materna)	Eventi avversi riportati in letteratura	Uso nel neonato (S/N)	Dose neonato (mg/kg/die)	Note
Ibuprofene	<1	Nessuno segnalato	S	30	Prima scelta
Flurbiprofene	<1	Nessuno segnalato	N	-	-
Ketoprofene	<1	Segnalate sospette reazioni avverse (ulcera esofagea, gastrite erosiva, emorragia meningea e insufficienza renale)	N	-	Preferire altro FANS nel primo mese e con i bimbi pretermine
Diclofenac	<1	Nessuno segnalato	N	-	Preferire altri FANS nel primo mese e con i bimbi pretermine
Ketorolac	<1	Dati non disponibili	N	-	Dati di escrezione nel latte disponibili per bassi dosaggi di farmaco assunto per via orale
Indometacina	2	Segnalata una improbabile crisi comiziale in neonato	S	0,2	
Acido acetilsalicilico	1-2	Segnalato un possibile caso di acidosi metabolica in un bambino la cui madre assumeva acido acetilsalicilico ad alte dosi per lunghi periodi; segnalato un caso di porpora trombocitopenica e febbre	N	-	Solo come antiagreggante piastrinico alle dosi di 75-160 mg al giorno
Paracetamolo	1-4	Rash	S	10	Antipiretico/analgesico di prima scelta

Farmaci gastrointestinali

Farmaco	Escrezione nel latte (% dose materna)	Eventi avversi riportati in letteratura	Uso nel neonato (S/N)	Dose neonato (mg/kg/die)	Note
Metoclopramide	Variabile, raramente >10	Segnalati casi di coliche addominali	N	-	-
Domperidone	<0,1	Nessuno segnalato	S	0,75	Nei neonati, lattanti, bambini (età inferiore a 12 anni) e adolescenti di peso inferiore a 35 kg il farmaco è soggetto a prescrizione medica limitativa da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri ("RNRL su prescrizione di centri ospedalieri"). Prestare cautela in caso di fattori di rischio che prolungano l'intervallo QTc nei neonati allattati al seno
Loperamide	<1	Nessuno segnalato	N		Biodisponibilità orale < 1%
Ranitidina	2-8	Nessuno segnalato	S	2-4	Prima scelta
Omeprazolo	<1	Nessuno segnalato	N	-	Prima scelta
Pantoprazolo	<1	Dati non disponibili	N	-	-

Anestetici locali

Farmaco	Escrezione nel latte (% dose materna)	Eventi avversi riportati in letteratura	Uso nel neonato (S/N)	Dose neonato	Note
Articaina* (iniettiva)	non disponibile	Dati non disponibili	N	-	Simile alla lidocaina, metabolizzata a livello gastrointestinale del neonato
Mepivacaina* (iniettiva)	non disponibile	Dati non disponibili	N	-	Simile alla bupivacaina, metabolizzata a livello gastrointestinale del neonato
Lidocaina* (iniettiva)	<1	Nessuno segnalato	N	-	Metabolizzata a livello gastrointestinale del neonato
Bupivacaina* (iniettiva)	0,2- 6	Nessuno segnalato	N	-	Metabolizzata a livello gastrointestinale del neonato

* L'uso di formulazioni associate con adrenalina (presente in concentrazioni bassissime e di trascurabile biodisponibilità orale) è compatibile con l'allattamento

che precede lintervallo più lungo tra le poppate. Questo suggerimento non dovrebbe comunque alterare il pattern spontaneo e fisiologico delle poppata al seno a richiesta.

- Nessun farmaco può essere considerato assolutamente sicuro. Pertanto va raccomandato di monitorare il bambino per il possibile rischio di insorgenza di reazioni avverse. In tutti i casi di terapia materna, specie in caso di terapia cronica, si suggerirà la valutazione clinica del lattante da parte del pediatra.
- Va tenuto presente che circa l'80% delle sospette reazioni avverse nei lattanti esposti a medicinali durante l'allattamento vengono registrate nei primi 2 mesi di vita e spesso riguardano il SNC o l'apparato gastroenterico.
- Nel caso in cui un neonato o un lattante sia esposto a uno o più farmaci attraverso il latte materno e manifesti una sospetta reazione avversa, agli operatori sanitari è richiesto di inoltrare una segnalazione alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza, descrivendo il caso con modalità "madre/figlio".

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il documento integrale "Position statement" sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno

La solitudine come fattore di rischio

Per invecchiare bene le relazioni affettive contano più di colesterolo, alcol e fumo. Lo confermano gli scienziati di Harvard con una ricerca che continua da oltre 80 anni

Giuseppe Remuzzi - *IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri*

Non chiedetemi come hanno fatto, certo è che ci sono riusciti. L'idea dei ricercatori era assolutamente lungimirante e l'obiettivo davvero ambizioso: capire cos'è che ci consente di vivere bene e a lungo.
Così gli studiosi dell'Università di Harvard hanno preso nota di tutto quello che succedeva ai quasi 300 studenti ammessi al College tra il 1938 e il 1944: stato di salute - fisica e mentale - lavoro, famiglia, amici e tanto d'altro (lo studio va avanti da 80 anni e non si fermerà, pare, tanto presto).
E cosa hanno scoperto? Quello che avevano già capito i Beatles: *"Love, love, love"* insomma, è l'amore a farti vivere bene. Non solo ma l'educazione è più importante dei soldi e dello stato sociale, mentre la solitudine uccide, proprio come l'alcol e il fumo. "Non basta essere brillanti per invecchiare bene - ha scritto George Vaillant, tra gli studiosi a capo di questa avventura - devi essere innamorato, o comunque avere relazioni affettive forti, in famiglia e tanti amici".
"Ma non dovevano essere i livelli di colesterolo e la pressione alta a far male?" direte voi. Sì certo, ma l'uno e l'altra a detta degli studiosi di Harvard contano meno della famiglia o dell'avere un legame affettivo stabile.
Insomma è come se a tutti i consigli, comunque preziosissimi, di tanti bravi medici per invecchiare bene "non fumate, bevete poco alcol, e poi frutta, verdura e pesce, e attività fisica" ne mancasse uno che è forse il più importante: "dedicate tempo ed energie ai vostri rapporti con gli altri". Sul lavoro? Certo, ma anche fuori se volete, non importa. Imparare a farlo avvantaggia specialmente il cervello e gli scienziati l'hanno documentato con test di performance intellettuale e con tanti altri esami incluso l'EEC (ripetuto periodicamente per 80 anni!). Anche i rapporti sociali dei più piccoli sono importanti - con gli altri bambini o con gli adulti non importa, l'importante è che ne abbiano - più fanno esperienze diverse e più giocano, meglio è.
Nessuno studio è perfetto e non lo è nemmeno lo studio "Grant" non fosse altro perché quanto abbiamo scritto finora potrebbe valere solo per i maschi in quanto al College a quei tempi ci andavano solo gli uomini - tutti fra l'altro bianchi - gente altolocata di solito (uno dei primi a prendere parte allo studio fu un "certo" John Fitzgerald Kennedy e poi Ben Bradlee per moltissimi anni direttore di Washington Post). E gli altri? Ci sono stati grandi imprenditori, avvocati e medici famosi, ma c'era anche gente normale e persino certi che poi ebbero una vita miserevole: alcolizzati o drogati o schizofrenici. Col passare degli anni lo studio si è arricchito di molte altre persone, anche donne e di un'attività parallela "Glueck" cui hanno preso parte soprattutto ragazzi, questi però vivevano nei sobborghi di Boston e, come potete immaginare, il confronto fra loro e quelli del College ha fornito indicazioni preziose.

La ricerca continua

Vi chiederete dove gli studiosi abbiano trovato i fondi per fare tutto questo e per poter andare avanti per così tanti anni. Dal governo federale in parte e poi dai National Institutes of Health e dalle tasse dei cittadini; anche se adesso c'è chi comincia a criticare questa scelta a cominciare dal Presidente Trump: "Cosa continuiamo a spendere soldi per questo studio quando dovremmo invece preoccuparci di trovare nuove terapie per il cancro o per l'Alzheimer?". Se lo chiedete a Robert Waldinger, che ha seguito "Grant" per più di 30 anni, vi dirà che proprio grazie ai dati che sono stati raccolti in tutto questo tempo è stato possibile stabilire che chi è omosessuale non ha scelto di esserlo per esempio o che l'alcolismo non è una colpa ma una malattia e tante altre cose ancora. Non solo ma se oggi siamo capaci di interpretare almeno un po' certe scelte di vita della gente dipende proprio dal fatto che qualcuno si è preso la briga di seguire queste persone dalla giovinezza alla vecchiaia.
Il bello è che Waldinger non ha alcuna intenzione di fermarsi, adesso sta studiando i figli degli studenti del College del '38 e persino i figli dei figli: "È entusiasmante presto avremo tantissime informazioni e sapremo rispondere a domande a cui nessuno ha mai saputo rispondere fino ad ora". E chissà che un giorno questi dati non possano persino portare un contributo allo sforzo che si sta facendo per prevenire certe malattie - cardiovascolari e diabete per esempio - ma anche i disturbi del sistema nervoso, o per rallentare l'invecchiamento. Se fosse così avremmo un mondo migliore e i sistemi sanitari di tutto il mondo risparmierebbero tantissimi soldi.

Fonte: www.adultdevelopmentstudy.org; www.corriere.it

Compassione e aggressività

Dopo un breve excursus storico sulle teorie con cui sono state spiegate le cause dell'aggressività, se ne descrive il rapporto con l'empatia e la sua erosione, che permette di individuarne l'antitesi nella compassione

Stefano Alice, Mara Fiorese, Maurizio Ivaldi
Medicina generale, Genova

Perché alcuni individui sono particolarmente suscettibili e marcatamente reattivi, non tollerano le frustrazioni, non controllano la rabbia, hanno ricorrenti accessi di aggressività grossolanamente esagerata, vengono ripetutamente coinvolti in scontri fisici?
Qual è l'origine dell'aggressività, beninteso non di quella difensiva o strumentale, ma di quella ostile o maligna, di quella che non ha altro scopo se non far soffrire qualcun altro? È biologica, psicologica, sociale, mista? La ricerca sull'aggressività deve essere condotta nell'ambito delle scienze sociali, di quelle naturali o deve essere integrata? Aggressivi si nasce o si diventa? Perché l'aggressività è maggiore nei maschi?

La base biologica dell'aggressività

L'approccio alla questione inizialmente prevalente, quello bioantropologico, sviluppato dal medico italiano Cesare Lombroso (1835-1909), è stato per decenni abbandonato a favore di quello psicologico e di quello sociale, ma è recentemente tornato in auge grazie ai progressi delle neuroscienze.
Ad esempio verso la metà del secolo scorso si credette di aver individuato la causa di un'eccessiva aggressività nell'anomala presenza di un cromosoma Y soprannumerario; vent'anni dopo si pensò di aver scoperto alterazioni dell'EEG tipiche dei soggetti aggressivi; nello stesso periodo altri studiosi si focalizzarono sulla reattività del sistema nervoso autonomo.
Tutte queste scoperte scientifiche furono ben presto falsificate, ma sul finire del secolo uno studio con controllo, eseguito mediante PET su omicidi detenuti, dimostrò la diminuzione del metabolismo del glucosio nella loro corteccia prefrontale; altri ricercatori evidenziarono una correlazione tra aggressività e basso livello di serotonina nel cervello o con un elevato livello di testosterone o con i cambiamenti ormonali tipici del periodo premestruale; la genetica molecolare individuò una mutazione del gene strutturale MAOA associata all'aggressività.
Tutti studi che andavano nella stessa direzione: l'esistenza di una base biologica della aggressività; fornivano una spiegazione endocrinologica, seppur debole, della maggior aggressività maschile; supportavano la possibile influenza di fattori ereditari; permettevano, integrando le acquisizioni del neuroimaging con quelle derivanti dallo studio dei fattori neuroendocrini, di individuare i sistemi cerebrali di regolazione emozionale e di ipotizzare l'eziopatogenesi delle loro disfunzioni.

La ricerca sui neuroni specchio

Ma la scoperta considerata fondamentale, al punto di essere paragonata a quella del DNA, si deve al gruppo italiano dell'Istituto di Neuroscienze dell'Università di Parma, che fa capo al Professor Giacomo Rizzolatti, che nel 1992 ha pubblicato la prima descrizione dei neuroni specchio *(mirror neurons)*, che si attivano sia quando noi facciamo un'azione sia quando vediamo compierla.
Era stato scoperto il principale meccanismo biologico alla base dell'empatia ovvero della facoltà di comprendere ciò che l'altro sta pensando e provando, mettendoci nei suoi panni, entrando in sintonia con lui. Il possesso dei neuroni specchio empatici ci predispone ad agire in maniera partecipe verso l'altro, preparandoci ad essere sociali già dalla vita intrauterina.

Substrato neurofisiologico dell'empatia

L'aver individuato il substrato neurofisiologico di un importante concetto filosofico e psicologico

come l'empatia ha portato a superare l'accentuazione estrema dell'importanza, a seconda delle scuole, dei fattori biologici piuttosto che psicologici o sociali, che aveva caratterizzato il periodo precedente, perché ha reso evidente quanto fosse più fecondo l'apprezzamento integrato di essi, che implicava la necessità di una collaborazione interdisciplinare, che può portare a sintesi particolarmente interessanti. È anche grazie a questo orientamento che il rifiorire degli studi biologici non ha portato a ripetere vecchi errori positivisti, ci riferiamo soprattutto alla svalutazione dell'influenza ambientale e culturale e ad un rigido determinismo, che finiva con l'escludere il libero arbitrio. Del resto non sarebbe possibile teorizzare sull'aggressività umana prescindendo dagli studi sul legame di attaccamento, che si instaura tra il neonato e la madre o chi si cura di lui e sull'influenza dell'ambiente precoce. Quella biologica è una predisposizione, che l'interazione coi fattori sociali può amplificare, ridurre o addirittura annullare; coerentemente con questa impostazione la personalità viene oggi definita come un'organizzazione dinamica dei sistemi psicobiologici, che modulano l'adattamento dell'individuo ad un ambiente, che si modifica; l'aspetto relazionale è dunque centrale.

Studi sulla personalità criminale

Gli studi clinici sulla personalità criminale, sviluppatisi negli Anni Trenta dello scorso secolo e quelli sui bambini aggressivi, specie dagli Anni Settanta in poi, collegano le condotte aggressive alla labilità emotiva ed alla mancanza di amicalità e dimostrano che frequentemente soggetti poco empatici tendono a dimostrarsi maggiormente ostili, aggressivi, vendicativi.
Tra chi ha studiato questi aspetti merita una menzione Simon Baron-Cohen, docente di psicopatologia all'Università di Cambridge, che nel suo libro *Zero Degrees of Empathy* classifica come disturbi da deficit di empatia sia il Disturbo dello spettro autistico che il Disturbo di personalità borderline o antisociale o narcisistico, ritenendo che sotteso a tale deficit, da lui definito "erosione", vi sia un circuito cerebrale empatico (composto da 10 aree) che è ipoattivo rispetto alla norma e che tale caratteristica sia influenzata dalla genetica, come dimostrerebbero alcuni studi condotti sui gemelli.
L'Autore propone un test per misurare il quoziente di empatia (da 0 a 80) e classifica l'empatia in sette gradi, tra i quali la popolazione si distribuirebbe secondo una curva gaussiana; il grado più alto è sei; in media le donne hanno un EQ pari a 47 gli uomini a 42; le persone affette da Disturbo dello spettro autistico sono per lo più al grado "zero positivo", perché hanno problemi di comunicazione, interazione, reciprocità, relazionali, ma non risultano particolarmente aggressive ed hanno elevate capacità di sistemizzazione; invece i soggetti con disturbo di personalità possono avere un punteggio "zero negativo" dell'empatia: focalizzati solo sul perseguimento dei propri interessi e poco consapevoli delle proprie emozioni, non sentono e non capiscono quelle dell'altro, che è vissuto e trattato come un oggetto e non come una persona e quindi può facilmente divenire vittima di una aggressione.

Compassione, l'antitesi dell'aggressività

Spiegati i meccanismi neurobiologici e genetici, che ci predispongono all'empatia, Baron-Cohen sottolinea che l'empatia e la sua erosione dipendono dalla natura e da come veniamo allevati *(nature and nurture)*; l'empatia varia nel tempo in funzione dell'educazione, dell'ambiente, delle nostre relazioni ed esperienze, può essere appresa, stimolata e, purtroppo, si può spegnere in modo transitorio (fluttuazione) o permanente.
La teoria di Baron-Cohen supporta quanto da noi sostenuto sull'importanza ed il significato della compassione, che è l'antitesi dell'aggressività ostile o maligna e che è fortemente dipendente dall'empatia per il fatto che, in genere, la capacità di cogliere la sofferenza altrui ci spinge a desiderare di agire per alleviarla. Ma come all'impulso di aggredire non consegue necessariamente una aggressione, così non sempre la compassione si traduce in un concreto aiuto. Non c'è nulla di automatico, che anche in questo consista la libertà umana?

Bibliografia

- Bandini T et al. Criminologia. Giuffrè Ed, Milano, 2003.
- Alice S, Fiorese M, Ivaldi M, Misurare e apprendere l'empatia. *M.D. Medicinae Doctor* Anno XXIV; marzo 2017, n. 2, 54-55.
- Baron-Cohen S, Zero Degrees of Empathy: A New Theory of Human Cruelty. Penguin/Allen Lane, 2011.

Stereotipi e medicina di genere

Le donne medico dimostrano una maggiore sensibilità di genere in medicina rispetto ai loro colleghi, così come i medici in formazione sono più consapevoli rispetto ai colleghi che già esercitano. Sono alcuni elementi meritevoli di approfondimento emersi da una ricerca condotta nel setting della medicina generale

Gli stereotipi di genere condizionanti le relazioni sociali e culturali quotidiane, influenzano anche l'atteggiamento clinico-diagnostico dei medici verso i/le pazienti? Al contrario, la consapevolezza di genere può essere supporto e facilitazione per una visione diagnostico/terapeutica più appropriata?
Per rispondere a queste domande è stata condotta l'originale ricerca "Stereotipi di genere e Medicina di genere", realizzata da Norma De Piccoli e Silvia Gattino del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino in associazione con l'Associazione Italiana Donne Medico - AIDM - della Sezione di Torino (Mariasusetta Grosso e Gabriella Tanturri), e la sezione Piemontese della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - SIMG - (Simonetta Miozzo).
La ricerca, condotta tra l'autunno 2015 e l'inverno 2016, aveva proprio lo scopo di indagare quanto il genere influisca sulla percezione e sulle metodiche delle diverse attività in campo sanitario. Sono stati anche indagati i livelli di conoscenza su alcune recenti evidenze scientifiche che rilevano differenze di genere circa alcuni aspetti clinici.
Il questionario validato a livello internazionale, arricchito di una parte clinica, è stato sottoposto a 431 medici abilitati alla professione (55.5% uomini, 44.5% donne), età compresa tra i 27 e i 72 anni (età media 50; DS=13.5):
- 72.2%: medici di medicina generale;
- 28%: medici di medicina generale in formazione (Mmgf).

Il 24.4% aveva partecipato ad incontri sul tema della medicina di genere.
L'85.6% lavora in Piemonte, di questi il 78.2% nella provincia di Torino, circa il 70% nella Città di Torino.
Il campione, data la dimensione numerica, è statisticamente rappresentativo in particolare per i Mmg della Città di Torino.

Risultati

L'analisi delle diverse scale (consapevolezza di genere, stereotipizzazione, empatia, sessismo benevolo od ostile) ha dimostrato differenze interessanti tra medici maschi e femmine, e tra medici di entrambi i sessi in attività e medici in formazione. Le nuove generazioni dimostrano complessivamente atteggiamenti meno stereotipati.
In particolare, i medici in formazione hanno dimostrato un buon grado di empatia verso i/le pazienti senza differenze tra maschi e femmine, mentre tra i medici in attività le donne hanno dimostrato maggior capacità di "mettersi nei panni" del/della paziente.
Per quanto riguarda il sessismo benevolo verso le donne è emersa un'interazione tra il genere e l'essere un Mmg o un Mmgf: mentre le donne, con l'avanzare del tempo di professione, tendono a diventare meno sessiste, per gli uomini accade il contrario; i Mmg tendono a essere più sessisti dei loro colleghi Mmgf.
Rispetto al sessismo ostile verso le donne emerge un effetto del genere e un effetto dovuto all'interazione tra genere e professione.
Nello specifico, mentre non ci sono differenze tra uomini e donne nel caso dei Mmgf, una volta specializzati gli uomini ottengono punteggi più elevati su questa sottoscala. Viceversa, rispetto alle specializzande, le donne medico già formate presentano un livello più basso di sessismo ostile. Lo stesso andamento si rileva per il sessismo benevolo verso gli uomini, senza differenze invece relativamente al sessismo ostile verso gli uomini.
L'analisi della parte clinica dei questionari ha dimostrato preoccupanti lacune, e bisogni formativi impellenti: per esempio più del 40% degli intervistati tra i Mmg non sanno che l'IMA nella donna ha sintomi diversi che nell'uomo, la metà è convinta che le donne muoiano più per cancro della mammella che per infarto, poco meno del 40% non conosce l'aumentato rischio di osteoporosi negli uomini in terapia per cancro della prostata.

Conclusioni

Le donne medico dimostrano una maggiore sensibilità di genere in medicina rispetto ai loro colleghi, così come fanno i medici in formazione rispetto a coloro che già esercitano la professione. Inoltre, se circa gli stereotipi verso i medici non risultano differenze, né tra uomini e donne né tra professionisti e formandi, per ciò che riguarda gli stereotipi verso i pazienti sono i medici in formazione ad esserne meno propensi.

Attività fisica: i dati italiani aggiornati

La Giornata mondiale dell'attività fisica è stata l'occasione per ribadire i benefici dell'attività fisica in tutta la popolazione e in sottogruppi con malattie croniche non trasmissibili come l'ipertensione arteriosa e il diabete o con disabilità

Una gran mole di prove solide, acquisite attraverso numerosi studi di qualità, mostra che, rispetto alle persone fisicamente inattive, quelle fisicamente attive, oltre a una forma fisica migliore, hanno un migliore profilo del rischio di condizioni disabilitanti e più bassi tassi di malattie croniche.
Il convegno "Camminare, Correre, Muoversi per una città in salute" tenutosi a Roma il 7 aprile 2018 in coincidenza della Giornata mondiale dell'attività fisica con il patrocinio di diverse associazioni e società scientifiche, nonché dell'ISS è stata l'occasione per ribadire i benefici dell'attività fisica in tutta la popolazione e in sottogruppi con malattie croniche non trasmissibili come l'ipertensione arteriosa e il diabete o con disabilità. Ma è stata anche l'occasione per fare una fotografia dei dati più aggiornati sull'attività fisica nel nostro Paese.

Cosa dicono i dati

In uno scenario generale in cui la pratica dell'attività fisica è concepita come comportamento da promuovere costantemente nella vita quotidiana, i dati epidemiologici mostrano ancora tassi elevati di sedentarietà e basse prevalenze di attività fisica in tutte le fasce di età in Italia.

Bambini

Dalla sorveglianza OKkio alla Salute (rilevazione 2016) emerge che:
- il 18% dei bambini italiani di 8-9 anni non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine,
- il 34% dedica al massimo un giorno a settimana (almeno 1 ora) allo svolgimento di attività fisica strutturata,
- quasi 1 bambino su 4 svolge giochi di movimento al massimo un giorno a settimana (per almeno 1 ora).

Tendenzialmente i bambini che vivono nelle Regioni del Sud sono meno attivi dei coetanei che vivono nelle Regioni del Nord e per quanto riguarda le differenze di genere, le femmine risultano meno attive dei maschi.

Adolescenti

Dagli ultimi dati disponibili dello studio Health Behaviour in School-aged Children - Hbsc (rilevazione 2014) per quanto riguarda gli stili di vita dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, in Italia la quota di ragazzi tra gli 11 e i 15 anni che svolgono regolarmente attività fisica secondo i livelli raccomandati, diminuisce in modo significativo, in entrambi i sessi, con il progredire dell'età:
- a 11 anni il 17% dei ragazzi e il 10% delle ragazze praticano i livelli raccomandati di attività fisica,
- a 13 anni la percentuale cala al 13% tra i ragazzi e al 6% tra le ragazze,
- a 15 anni si arriva all'11% tra i ragazzi e al 6 % tra le ragazze.

Adulti

Gli ultimi dati disponibili (rilevazione 2016) della sorveglianza Passi sui livelli di attività fisica praticati dalla popolazione adulta (18-69 anni) mostrano che la metà dei residenti in Italia può essere classificata come fisicamente attiva, il 23% è invece parzialmente attivo e il restante 27% conduce una vita sedentaria. La sedentarietà cresce con l'età (è pari al 33% fra i 50-69enni), è maggiore fra le donne rispetto agli uomini (31% vs 24%), fra le persone con uno status socio-economico più svantaggiato per difficoltà economiche (39% fra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche vs 21% di chi dichiara di non averne) o per basso livello di istruzione (43% fra le persone con al più la licenza elementare vs 23% nei laureati) ed è maggiore fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri (27% vs 23%).

Anziani

Il sistema di sorveglianza Passi d'Argento (rilevazione 2012) relativamente all'attività fisica svolta dalla popolazione con 65 anni e più senza problemi di deambulazione negli ultimi 7 giorni, evidenzia che camminare fuori casa risulta essere la principale attività di svago (62%), sia fra gli uomini che tra le donne (rispettivamente, 70% e 55%), valore che diminuisce all'avanzare dell'età (52% fra gli ultra 85enni). Il 78% degli ultra 64enni (la quasi totalità delle donne e appena la metà degli uomini) si muove in casa per svolgere attività domestiche leggere, come spolverare o lavare i piatti, e quasi la metà (32% uomini e 58% donne) svolge attività più pesanti come lavare i pavimenti o spostare mobili. Quasi la metà fa giardinaggio e circa un quarto cura l'orto o lavora la terra. La quota di anziani fisicamente inattiva è maggiore fra le regioni del Sud Italia.

Fonte: www.epicentro.iss.it