

M.D.

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

Anno XXVI, numero 3 - aprile 2019

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

CONTRAPPUNTO

8

Una valanga di innovazioni informatiche e telematiche rischia di travolgerci

TRIBUNA

12

Noi, camici bianchi in trincea, sempre più arbitri, sempre meno clinici

RASSEGNA

30

Nesso di causalità tra influenza e infarto. Ipotesi fisiopatologiche e ripercussioni cliniche



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



Simonetta Miozzo

*Coordinatrice Casa della Salute di Torre Pellice (TO)
Presidente Simg - Torino*

**Il farmaco giusto al momento giusto:
il progetto pilota dell'Asl T03**

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**
Il farmaco giusto al momento giusto: il progetto pilota dell'Asl TO3 5
- **Focus on**
Formazione e fuga dei medici dal Ssn: serve un fondo straordinario 6
- **Contrappunto**
Una valanga di innovazioni informatiche e telematiche rischia di travolgerci 8
- **Indagini**
Il medico di famiglia è il punto di riferimento di un Ssn che soddisfa sempre meno 11
- **Tribuna**
Noi, camici bianchi in trincea, sempre più arbitri, sempre meno clinici 12
- **Proposte**
Ci vuole un medico "esperto" per riorganizzare la medicina territoriale 14
- **Riflettori**
La Medicina Generale c'è, ma chi governa non se ne accorge 18
- **Normative**
I chiarimenti del Garante della Privacy sul regolamento UE 19
- **Ambiente & salute**
Isde Italia lancia un appello al Ministro dell'Ambiente e al Ministro della Salute 20

AGGIORNAMENTI

- **Allergologia**
Reazioni allergiche crociate sempre più comuni 22
- **Cardiologia interventistica**
TAVI transfemorale nella stenosi aortica in pazienti a basso rischio 23
- **Diabetologia**
Piede diabetico, focus sulla gestione delle ulcere 24
- **Gastroenterologia**
Un nuovo test per il monitoraggio della celiachia? 25
- **Medicina interna**
Documento di consenso sui nutraceutici in vari ambiti clinici 26
- **Nefrologia**
Ridurre il rischio di evoluzione dell'insufficienza renale cronica 27
- **Neurologia**
Alimentazione e prevenzione delle malattie neurologiche 28
- **Oncologia**
Tumore dell'ovaio: implementazione dei test BRCA 29

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
Nesso di causalità tra influenza e infarto 30
- **Clinica**
Sindrome di Brugada: fisiopatologia, elettrogenesi e principi di trattamento 33
- **Terapia**
Radiologia interventistica nel trattamento del tumore del polmone 36
- **Ricerche**
Alfabetizzazione sanitaria dei pazienti in MG 38
- **Counselling**
La compassione come competenza 40
- **Prevenzione**
Attività fisica del paziente diabetico 44
- **Farmaci**
ASA a basse dosi: benefici clinici aggiuntivi 45
- **Rapporto medico-paziente**
Il cervello nella relazione di cura 46

Il farmaco giusto al momento giusto: il progetto pilota dell'Asl T03

Una revisione critica dei trattamenti farmacologici seguiti da anziani e cronici per sfoltire la lista dei farmaci assunti nel caso risultassero 'superflui' o addirittura 'nocivi'. È questo l'obiettivo del primo ambulatorio per la Deprescrizione e Ri-conciliazione Terapeutica (Dert) istituito dall'Asl 3 di Torino nella Casa della Salute di Torre Pellice. Inaugurato di recente sulla base di un progetto-pilota proposto dai medici di famiglia che operano nella struttura, il Dert accoglie i pazienti inviati dai loro curanti per rivalutare le terapie in corso e migliorare l'aderenza terapeutica in particolare dei pazienti con più di 65 anni che assumono almeno 5 farmaci al giorno. La sperimentazione dell'ambulatorio Dert si protrarrà per un anno con verifiche periodiche sui pazienti.

"L'ambulatorio Dert: il farmaco giusto al momento giusto - ha spiegato a *M.D. Medicinae Doctor* **Simonetta Miozzo**, Mmg, coordinatore della Casa della Salute di Torre Pellice - è una iniziativa dei medici di famiglia della Val Pellice, in particolare di 10 Mmg che hanno aderito a questo progetto. I Mmg identificano tra i loro assistiti quelli idonei, cioè quei pazienti che per complessità della situazione clinica e presenza di farmaci da assumere risultano più suscettibili a interazioni e li inviano presso l'ambulatorio Dert. Questi pazienti torneranno poi dal loro medico di famiglia per condividere le scelte prese e il programma terapeutico stilato dal Dert, in cui potrebbe essere prevista anche la sospensione di alcuni farmaci per migliorare l'aderenza terapeutica".

"Si tratta di una iniziativa molto articolata - tiene a sottolineare Miozzo - che prevede la collaborazione attiva tra i Mmg nella ricognizione dei loro pazienti eleggibili e nella esecuzione della consulenza, integrata con altre figure professionali (infermiera di comunità ed eventualmente specialisti) e la successiva condivisione dei suggerimenti tra curante, paziente e caregiver. L'aderenza è analizzata e monitorata tramite l'utilizzo di scale validate. Durante la consulenza si verificano le difficoltà all'assunzione della terapia e le eventuali incongruenze tra i farmaci portati dai pazienti compresi quelli SOP e quelli dichiarati dal medico curante".

"Questo progetto - precisa - parte da una riflessione che tutta la nostra équipe ha fatto su quanto viene messo in evidenza dalla letteratura e che riguarda le ricadute dell'over diagnosi e dell'over trattamento sui pazienti con multimorbidità. Si tratta di pazienti che periodicamente si rivolgono a vari specialisti per monitorare le diverse patologie da cui sono affetti. Ogni specialista, giustamente, considera la sua parte e applica le linee guida inerenti alla sua branca, ma spesso non c'è dialogo tra i vari specialisti. Compito del medico di medicina generale è proprio quello di cercare una quadra per riconciliare le terapie. Ma non è un compito facile, visto che siamo sommersi da linee guida, protocolli che ci insegnano ad aggiungere farmaci, ma le stesse linee guida non ci insegnano a toglierli quando è ora di sospenderli".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Simonetta Miozzo

Formazione e fuga dei medici dal Ssn: serve un fondo straordinario

A lanciare l'allarme e a chiedere alla politica misure risolutive e ormai improcrastinabili è Filippo Anelli, Presidente della FNOMCeO. Lo fa nel commentare la delibera approvata recentemente dalla Regione Veneto che ha autorizzato i direttori generali delle Asl ad assumere a tempo determinato medici in pensione

Un fondo straordinario, per finanziare la formazione dei medici di famiglia e specialisti, per frenare la fuga dei medici dal settore pubblico, per colmare le disuguaglianze di salute. Altrimenti, per il nostro Ssn sarà il *default*. A lanciare l'allarme e a chiedere alla politica misure risolutive e ormai improcrastinabili è **Filippo Anelli**, Presidente della FNOMCeO.

Si è trattato di una dichiarazione che il presidente ha fatto commentando la delibera approvata nella seduta recente di giunta, con la quale la Regione Veneto ha deciso di autorizzare i direttori generali delle Ulss ad assumere a tempo determinato medici in pensione, per garantire i livelli essenziali di assistenza in caso di carenza di specialisti. Una risoluzione che segue quella presa alcuni giorni fa dal Molise, e che, secondo Anelli, non è altro che la 'cronaca di una morte annunciata': quella del Servizio Sanitario Nazionale.

"Queste delibere non ci stupiscono - ha spiegato il presidente FNOMCeO - Già alcuni anni fa, come OMCeO di Bari, lanciammo una campagna che, con un pizzico di provocazione, profetizzava che saremmo stati presto

curati da medici centenari. Ecco, quel futuro è diventato la realtà di oggi. E, se non si interviene seriamente, l'utilizzo di medici in pensione credo rappresenti il preludio del *default* del nostro Ssn".

► Le misure tampone

"Non è più il tempo di misure tampone - continua Anelli - decisioni come queste possono essere accettabili se si ragiona in termini globali, altrimenti diventano pannicelli caldi. La soluzione è una e una sola: mettere ai primi posti dell'agenda politica la sanità".

"Occorre un finanziamento straordinario, un vero e proprio 'Piano Marshall' per sostenere il Ssn - auspica -, finanziando la formazione *post lauream*, migliorando le condizioni di lavoro del personale sanitario e colmando le disuguaglianze".

"Diamo subito diecimila borse ai medici intrappolati nell'imbuto formativo - esorta - e, tra cinque anni, avremo diecimila tra specialisti e medici di medicina generale, risolvendo in parte la carenza che già oggi fa sentire i suoi primi effetti, e che sta per diventare drammatica".

Saranno infatti, 16.500, secondo le proiezioni del sindacato Anao-Assomed, gli specialisti che mancheranno all'appello nel 2025.

"I direttori generali di Asl e Ospedali faticano a trovare personale - ha precisato Anelli - un recente articolo pubblicato da *Quotidiano Sanità*, a firma di **Tiziana Frittelli**, presidente di Federsanità Anci, illustra bene come sempre meno medici vogliano entrare nel Ssn, che rischia dunque il collasso. Serve più attrattività per il pubblico: occorre il rinnovo rapido del contratto nazionale, maggiore meritocrazia e maggior rispetto per l'autonomia dei medici, anche riducendo l'influenza della politica nella scelta dei ruoli apicali della professione".

"Il terzo obiettivo specifico del piano Marshall per la sanità, presupposto indispensabile a ogni progetto di autonomia - ha concluso - è la riduzione delle disuguaglianze tra le Regioni e, in maniera particolare, del divario in termini di strutture, personale, mezzi e ricerca. Occorre agire, e agire subito: le risposte non sono più rinviabili, o ci ritroveremo prima curati da medici centenari, poi senza medici e, alla fine, senza Servizio Sanitario Nazionale".

Investire sui giovani medici

Esiste anche una questione 'giovani medici' che non va tralasciata né trascurata ed è parte fondante della salvaguardia del nostro Ssn.

Un concetto che il presidente della FNOMCeO ha ribadito durante la prima giornata degli Stati Generali della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, dedicata alle istanze dei giovani professionisti (tabella 1), che si è svolta di recente a Roma.

Emblematico il titolo dell'incontro, promosso dall'Osservatorio giovani Medici e Odontoiatri della Federazione e aperto alle sigle sindacali e alle associazioni maggiormente rappresentative (ALS, Anaaio Giovani, Chisicuradite, Cimo, Feder-Specializzandi, Fimmg, Sigm, Smi, Snam): "Stati Generali del Giovane Medico: la FNOMCeO all'ascolto".

"Il Governo deve investire sui giovani medici - ha sottolineato Filippo Anelli - sull'incremento delle loro competenze. All'interno della nostra società i professionisti svolgono un ruolo fondamentale, che non può essere sottaciuto né limitato, non solo perché mettono al servizio della collettività le loro conoscenze, ma per la stessa stabilità democratica del sistema".

Sono più di diecimila i medici intrappolati oggi nel cosiddetto 'imbuto formativo', dovuto al *gap* tra i medici che si laureano e quelli che possono accedere ai posti, del tutto insufficienti, nelle Scuole di specializzazione e al Corso per la Medicina Generale. Tanto che duemila l'anno restano fuori, andando ad aumentare la schiera dei Medici inoccupati. Non ha senso dunque, per la FNOMCeO, aumentare i medici laureati - come avverrebbe con

l'abolizione del numero programmato alla facoltà o scuola di Medicina - se non si aumenta in maniera congrua il numero delle borse per la formazione post laurea. Così come non sarebbe efficace per la tenuta e la qualità del Servizio Sanitario nazionale, introdurre medici non completamente formati.

Un coro di 'no' si è levato infatti dalla platea dei giovani medici in risposta alle dichiarazioni del Ministro della Salute **Giulia Grillo**, che ha proposto di inserire, con mansioni magari inferiori, nel mondo del lavoro i tanti medici che rimangono bloccati tra la laurea e la scuola di specializzazione e si è scagliata invece contro gli specialisti 'a gettone'.

"Anche solo immaginare la possibilità di creare delle figure profes-

sionali 'di serie b', con un nuovo inquadramento e con mansioni 'magari inferiori', è un'ipotesi che va contro la dignità della professione e la tutela della adeguata qualità del Ssn per i cittadini - ha spiegato **Alessandro Bonsignore**, Coordinatore dell'Osservatorio Giovani Professionisti della Federazione dell'Ordine dei Medici -. Tutti i colleghi presenti hanno sottolineato la necessità di completare il corso di studi con la laurea e la formazione post laurea, in conformità con quanto avviene negli altri paesi europei. È questo è possibile solo con un numero adeguato di borse. Le prestazioni fornite 'a gettone', invece, secondo l'Osservatorio sono caratterizzate da un'attività di tipo non continuativo, non congrua per una prestazione sanitaria, ma comunque caratterizzata da una adeguata attività professionale".

Tabella 1

Il decalogo delle proposte dei giovani medici

- 1 Mantenere il numero programmato per l'accesso ai Corsi di laurea.
- 2 Aumentare le borse per la formazione specialistica e specifica in Medicina Generale.
- 3 Recuperare le borse perse per abbandono dei corsi di specializzazione.
- 4 Potenziare il ruolo degli Osservatori regionali e nazionale per il controllo di qualità della Formazione specialistica.
- 5 Vigilare affinché le Regioni provvedano a un reale calcolo dei fabbisogni per territorio e per specialità.
- 6 Implementare la formazione su salute globale, cooperazione, universalismo, equità al fine di adeguare le competenze del medico alla nuova società.
- 7 Riflettere sulle ricadute del regionalismo differenziato e dell'integrazione pubblico-privato.
- 8 Migliorare la qualità della formazione e renderla omogenea; arricchirla con esperienze nell'ambito di una rete formativa ampia e non limitata alla sede di formazione; istituire il curriculum formativo nazionale.
- 9 No a sanatorie per l'ingresso nel mondo del lavoro di medici non completamente formati; sì a una revisione dei contratti per aumentare l'attrattiva del pubblico rispetto al privato.
- 10 Ampliare la rappresentatività dei giovani professionisti a livello istituzionale.

Una valanga di innovazioni informatiche e telematiche rischia di travolgerci

Dalla facilitazione alla faciloneria il passo è breve. Ogni facilitazione telematica implica una complicazione relazionale non intravista. I medici, per stare dietro alla corsa dei dati, rischiano di trascurare le due dimensioni fondamentali insegnateci da Ippocrate: il processo di diagnosi e cura; la centralità della relazione tra medici e pazienti e tra medici e medici

Francesco Del Zotti

Medicina Generale Verona - Membro della Commissione Information Communication Technology OMCeO Verona

La rivoluzione dell'informatica e della telematica in sanità si è imposta negli ultimi decenni. Medici di varie età si sono adeguati velocemente e non poche volte con stimabile entusiasmo. Ma, a mio parere, dopo 35 anni dalla nascita delle prime cartelle computerizzate e dopo 20 anni dalla nascita della Rete, i professionisti della medicina non devono dipendere solo dal segnapassi di ingegneri, manager e politici, che spesso mettono in evidenza i vantaggi delle novità e poco dicono su eventuali criticità. Ma, come la ricerca scientifica sui farmaci ci ha insegnato, ogni nuovo farmaco o intervento deve essere studiato non solo per i vantaggi, ma anche per gli eventuali svantaggi (controindicazioni; effetti collaterali); e ciò al fine di ben circoscrivere il rapporto costi-benefici e trovare modi per minimizzare i pericoli insiti in ogni novità. Per chiarire il senso di questa mia premessa porto all'attenzione di colleghi alcuni esempi.

Pallini nel software

DLe cartelle computerizzate sono una innovazione importante, che facilita enormemente la puntuale registrazione, analisi ed estrazione dei dati. Ma a volte spingono a comportamenti veloci ed irriflessivi. Una loro funzione chiarifica bene questo rischio: ci riferiremo alle cartelle computerizzate in Mmg più diffuse. Dopo avere prescritto una serie di esami nell'ottenere i loro risultati spesso notiamo che essi sono tutti "normali". A questo punto possiamo usare una funzione che in un solo click fa introdurre il risultato testuale "normale" o il suo equivalente grafico (il "pallino verde" o la sigla "Ok") affianco a tutti gli esami prescritti. Per una serie di esami ciò può avere senso: ad esempio non cambia molto il significato di una transaminasi dal valore 15 rispetto ad una di valore 25. Ma per altri esami, questa scelta "facile" può produrre danni. L'esempio della creatinina è illuminante. Il valore 0,85 ed il valore 1 sono entrambi "normali", ma hanno differenza tra loro maggiore del 15%, soglia che fa sospettare un peggioramento della funzione renale (Del Zotti F, Visonà E, Massignani D, Abaterusso C, Lupo A, Gamba-

ro G. General practitioners' serum creatinine recording styles. *J Nephrol.* 2008 Jan-Feb).

Prima della computerizzazione usavamo moduli pre-stampati per l'introduzione dei risultati in cui spesso non pochi "campi" restavano vuoti. Oggi abbiamo l'*horror vacui* e, da neo-speculatori dell'edilizia delle videate, sentiamo il dovere di riempire tutti i campi, in ciò aiutati da questa discutibile funzione "facilitante" dell'informatica

Risposte Ecg automatiche

DSempre più si richiedono Ecg separate da visite cardiologiche, per screening e per la legge sui certificati non-agonistici. Questi Ecg vengono "rispostati" non poche volte con l'ausilio di macchine Ecg dotate di referto automatico. Ma ciò ha portato più volte ad equivoci ed errori. Certi software fanno campeggiare l'espressione disorientante "non confermato" oppure "confermato", e subito dopo magari una firma rapida simil-scarabocchio del cardiologo, senza timbro e quindi non identificabile. Capite che un Ecg automatizzato, con la stampigliatura di "anormale" e magari una

firma sigla di soggetto non ben identificabile, crea disorientamento nel Mmg che deve decidere se permettere l'attività non agonistica sulla base di questi soli referti. La cosa raggiunge il *climax* quando la risposta automatica recita "Ecg anormale", magari sulla base di qualche minima alterazione di misura elettrocardiografica (ad es: bradicardia e lieve allungamento di qrs). Più volte si è scoperto che ad una più attenta lettura questi Ecg, considerati "anormali" in giovani peraltro sani, sono normali e sono stati interpretati anormali solo perché il paziente è bradicardico e con le classiche alterazioni aspecifiche del tratto ST.

Sarebbe importante che i cardiologi ed i medici sportivi si accordino su un modo di evitare questi automatismi e si ri-abituino ad una maggiore "lentezza riflessiva".

Per esempio

A. evitare che sulla risposta ci siano le sole conclusioni diagnostiche stampate della macchina. Esistono già buoni esempi: alcuni ambulatori di cardiologia e medicina sportiva, mentre permettono al *software* di stampare le misure (pq, qrs, qtc, ecc), evitano, saggiamente, che il programma dei referti contenga conclusioni diagnostiche sotto forma di testo, soprattutto la dizione "ecg anormale".

B. Impedire il referto in assenza della stampa del nome e cognome del medico refertante.

Referti radiografici solo online

Un'altra accelerazione maldestra sta sempre più imponendosi con la telematica sanitaria. Scopro che gradualmente e da più parti sia alcune radiologie pubbliche sia alcune dei convenzionati stanno diffondendo questa "novità": i pazienti possono non andare a ritirare il CD se al momento dell'esame essi dicono sì

a ricevere una *user* ed una *password*. Ovviamente molti scelgono l'online e di non recarsi alla struttura, anche perché per accorciare i tempi di attesa la gente spesso ha dovuto allungare le distanze ed i tempi di percorrenza: anche decine di chilometri e 40-60 minuti per andare alla sede dell'esame. È importante notare che la comunicazione scritta che include *user* e *psw* è indirizzata al solo paziente. Nessuna spiegazione su tale cambiamento epocale al Mmg e ai colleghi specialisti. Peccato che oltre alla struttura e al paziente, esiste la necessità di far leggere questi esami ai Mmg e agli specialisti. E allora cosa succede?

A. I pazienti portano il foglio con le credenziali, che in genere equivalgono a 30 caratteri e ed eventuale *download* spesso a velocità del collegamento bassa. Molti medici si rifiutano di fare gli inputatori di caratteri e, tra l'altro, per *user* e *psw* non propri, ma dei pazienti. E ciò comporta che si vada non verso la Evidence Based Medicine ma verso i HBRs: Hidden Based Reports, ovvero la medicina basata sui referti nascosti.

B. Alcuni pazienti mostrano al medico le immagini della loro Risonanza sul loro cellulare. Ovviamente la lettura diventa impossibile. D'altra parte spesso i pazienti che hanno detto sì' alla consultazione online non hanno nè Pc, nè stampanti, nè tablet. E se ce li hanno o non sanno usarli o li usano a singhiozzo, anche per i noti barocchismi del legame delle varie versioni dell'interfaccia *windows* e altri *software-hardware*. Senza citare il fatto che il piccolo schermo del cellulare è lontano dal file visionabile sullo schermo di un *desktop*, il quale a sua volta è ben lontano dalla qualità dei monitor dei radiologi.

C. I pazienti più preparati portano i file su un Cd o una *pendrive* auto-prodotti artigianalmente da loro

stessi o da loro figli e nipoti. Peccato che per i medici mettere un CD o una pennetta artigianali nel proprio Pc è piuttosto rischioso, di questi tempi ricchi di *hacker* o di virus.

Ma evidentemente domina la "voglia" di mostrare che la struttura radiologica è veloce e che ha modernizzato le modalità di consegna online delle risposte; e ciò a discapito sia di una seria pianificazione di tutte le conseguenze del cambiamento sia dell'ecologia e deontologia delle relazioni tra medici e tra struttura sanitaria e medici.

Email per prenotare i ricoveri ospedalieri

Negli ultimi mesi alcune aziende ospedaliere hanno deciso di facilitare la prenotazione dei ricoveri ospedalieri con una procedura amministrativa che prevede l'uso di comuni *email*. Il paziente ricoverando si reca dal suo Mmg per ritirare la ricetta che indica la tipologia di ricovero e la diagnosi che lo motiva. Successivamente il paziente invia la ricetta del Mmg ad una *email* della direzione sanitaria, dopo implicita digitalizzazione dell'immagine della ricetta da allegare all'*email*. Anche qui si vuole velocizzare e "facilitare"; così però non ci si rende conto dei rischi che corrono i cittadini. Essi, nella stragrande maggioranza dei casi, non useranno servizi di *email* non solo certificate ma anche criptate (poco note ancora) ma comuni *email*, che secondo gli esperti equivalgono alle vecchie cartoline postali, integralmente visibili da tutti poiché senza busta. Esse sono facilmente intercettabili sia dal *provider* e sia da altri *hacker* che potrebbero furtivamente accumulare e magari rivendere dati medici assai sensibili. Le stesse direzioni sanitarie si imbarcano in un livello di rischio legale non trascurabile, visto che non avvisano i

pazienti, ignari, questi rischi e vista la distanza di questa prassi dalle regole del severo regolamento del garante e dall' europeo "GDPR". Né è da trascurare il peggioramento di rapporto con i Mmg. Quando i pazienti portano in visione queste nuove regole emanate dalle direzioni sanitarie o amministrative, il Mmg potrebbe tacere (e così rischia di essere accusato di non aver spiegato che la *email* significa diffusione di notizie delicate) o potrebbe avvisare il paziente della non congruità con le regole del Garante di tale procedura e così sarebbe costretto a distinguersi dal comportamento dell'ospedale, mentre sarebbe auspicabile che lo stile comunicativo sia condiviso.

Un click e il Fascicolo va giù

Un Mmg ha provato di recente a stampare le ricette dematerializzate di un suo paziente. Vari tentativi senza successo. Controlla la rete, la stampante, il Pc: non riscontra problemi. Poi ha una illuminazione. Chiede al paziente: "ha per caso aderito al Fascicolo sanitario elettronico e quindi alla ricetta *paper-less*?". Risponde: "No, risponde, però mi viene in mente che ho dato l'adesione al pediatra per mio figlio minorenni". Non è ancora chiaro come sia stato possibile che anche il padre, ignaro ed un po' seccato, si trovi inserito. Potrebbe dipendere dall'immatricolazione di una o più delle seguenti processi di questa nuova istanza: a) difetto tecnico-amministrativo della procedura; b) difetto di dialogo tra procedura telematica nazionale o regionale e *software* di cartella; c) difetto di comunicazione o imputazione del pediatra. Sta di fatto che sembra che sia un forte impulso pro-Fse delle autorità sanitarie nazionali e regionali, sia le procedure ordinarie sia gli stessi difetti sembrano congiurare verso l'introduzione "faci-

le" dei dati del paziente nel Fse. E d'altra parte le informazioni e consenso su queste importanti novità non dovrebbero gravare sui *click* dei medici, ma su personale, procedure, strutture e siti web delle regioni dedicati a ciò; e sul consenso firmato (su carta o digitalmente) degli stessi pazienti (come già accade in alcune regioni, ad es. nel vicino Trentino).

Ancora una volta dobbiamo ricordare che il Fse rappresenta un nuovo "intervento" e come tutti i nuovi farmaci o interventi non deve sfuggire alla necessità di una esauriente scheda illustrativa che vada oltre il concetto di panacea e che includa assieme alle indicazioni anche controindicazioni ed effetti collaterali. E sarebbe un guaio che ciò ci fosse ricordato da quel paziente "arrabbiato". Magari anche un solo paziente su 100 potrebbe non accettare per nulla l'imperativo moderno dello *sharing* (condivisione) dei dati a tutti i costi. E state certi che quel paziente non inizierà un'azione legale contro la regione o contro la *software house*. Ma molto probabilmente il paziente protesterà contro il medico, con la speranza che non segnali il "*data breach*" all'Ordine o al suo legale.

Conclusioni

Dopo questi concreti allarmi, permettetemi di dirvi che temo che rischia di tornare in auge il sordiano "medico della mutua", questa volta in salsa telematica. Allora l'accento sulla quantità invece che sulla qualità riguardava l'eccesso di mutui per Mmg e l'eccesso di ricette "facili". Oggi la facilitazione elettronica può far precipitare nella faciloneria non solo i Mmg ma tutti noi medici, impegnati come siamo all'iper-raccolta e iper-trasmissione di dati. In effetti gli esempi citati illustrano un pericolo. I medici tendono a correre dietro alcune parole d'ordine at-

tuali: la velocità, la facilitazione, la condivisione dei dati. Ho l'impressione che come medici da una parte abbiamo timore di "restare indietro" e dall'altra abbiamo piacere a seguire queste tendenze di moda. Forse prima di accettare acriticamente questi "modernismi" dobbiamo chiederci: *Cui prodest?* L'accettazione supina di quelle parole d'ordine danno solo benefici ai cittadini e alla professione? O se ne beneficia chi gestisce l'accumulo e il potere dei dati? E con quali rischi per la professione? E poi, una conseguenza emergente: ogni facilitazione telematica implica una complicazione relazionale non intravista: o tra medico e paziente o tra medico e medico. In effetti, i medici, per stare dietro alla corsa dei dati, rischiano di trascurare le due dimensioni fondamentali insegnateci da Ippocrate: il processo di diagnosi e cura; la centralità della relazione tra medici e pazienti e tra medici e medici. Un'analogia potrebbe farci intendere meglio la posta in gioco. Possiamo far consentire maggiore velocità e maggior numero di mezzi su ponti analoghi al Morandi di Genova; possiamo incoraggiare il passaggio delle più sfavillanti e moderne auto ed i più innovativi camion. Ma senza una moderna ricerca sulla diagnosi dei rischi di crollo e senza innovative tecniche per puntellare i suoi pilastri portanti il ponte andrà giù, sotto lo stress di aumento di mezzi, carico e velocità. Analogamente, la professione collassa, se aumentiamo il carico dei dati e la velocità di scambio sul ponte-professione e se non diamo più attenzione e ricerca ai pilastri alla riflessione "lenta" insita nel metodo della diagnosi e dei processi di cura. Infine, il ponte-professione collassa se non forniamo nuova attenzione e nuova ricerca ai pilastri del rapporto fiduciario e del segreto professionali nell'epoca telematica.

Il medico di famiglia è il punto di riferimento di un Ssn che soddisfa sempre meno

Cala la soddisfazione dei cittadini verso il sistema sanitario, ma punto di riferimento resta sempre il Mmg. È quanto evidenziano i dati dell'indagine condotta dall'Istituto Piepoli e presentata di recente a Roma nel corso di *Inventing for Life - Health Summit*, organizzato da Msd Italia

Il medico di famiglia resta un punto di riferimento per il 49% dei cittadini (figura 1), a confermarlo sono i dati dell'indagine presentata nel corso di *Inventing for Life - Health Summit*, organizzato a Roma da Msd Italia. L'indagine è stata condotta dall'Istituto Piepoli su un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta, segmentato per sesso, età e grandi ripartizioni geografiche, attraverso 1.010 interviste telefoniche e via web. Il dato relativo alla soddisfazione degli italiani verso il Ssn, invece subisce un calo, passando dalla percentuale del 65% registrata nel 2018 al 57% del 2019. Per il 79% del campione, il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe focalizzare i propri sforzi sulla riduzione dei tempi di attesa per esami ed interventi, il 51%, con un incremento di 14 punti percentuali rispetto al 2018, crede sia importante raffor-

zare la prevenzione delle malattie, in particolare attraverso i vaccini; il 49%, con un incremento di 9 punti percentuali rispetto all'anno precedente, ritiene necessario dare maggiore sostegno alle fasce deboli (famiglie a basso reddito, malati cronici e disabili).

► No alle limitazioni prescrittive

Il 36% degli intervistati riferisce di rivolgersi al medico di medicina generale prima di andare da uno specialista e di non 'gradire' le limitazioni nella prescrizione dei farmaci a cui è soggetto il Mmg. L'81% degli italiani infatti vorrebbe che il medico di famiglia potesse prescrivere anche i farmaci innovativi. Il Mmg è anche considerato la fonte più attendibile per le informazioni sanitarie (60% degli intervistati), mentre Internet è attendibile solo per il 14%. Le *fake news* re-

stano percepite come una minaccia: ben l'87% degli italiani ritiene che siano pericolose per la salute delle persone, e 1 intervistato su 3 ha ammesso di aver creduto almeno una volta a una *fake news*. I vaccini (47%) l'ambito più gettonato, seguito dai tumori (42%). Il 98% ritiene sia utile investire di più nel Servizio Sanitario Nazionale, 8 punti percentuali in più rispetto al dato dell'anno precedente. Per il 97% degli intervistati, vivere in alcune regioni piuttosto che in altre comporta opportunità diseguali di accesso alle terapie innovative. Solo il 4% degli intervistati conosce la reale spesa dello Stato in Sanità pubblica (che si colloca nella fascia tra i 110 e i 130 miliardi di euro) e solo il 13% degli intervistati conosce quanto spende esattamente lo Stato per l'assistenza farmaceutica. Tra le patologie su cui gli italiani vorrebbero vedere maggior investimenti, i tumori sono al primo posto, con ben il 69% delle preferenze, seguiti dalle malattie cardiologiche (28%) e neurologiche (26%).

Figura 1

Il medico di medicina generale: una garanzia per i cittadini



Per il **81%**, dovrebbe poter prescrivere direttamente farmaci innovativi

Per il **60%**, è la fonte di informazione sulla salute più attendibile

Per il **49%**, è sempre il primo punto di riferimento



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone la sintesi dell'indagine condotta dall'Istituto Piepoli

Noi, camici bianchi in trincea, sempre più arbitri, sempre meno clinici

In questi anni abbiamo assistito ad un progressivo aumento del carico di lavoro del medico di famiglia che oltre ad avere una funzione di gestore del paziente, nel territorio e nel delicato passaggio di presa in carico, è diventato non solo l'amministratore delle risorse assegnate a livello territoriale (committenza e appropriatezza), ma ha assunto anche un ben più gravoso compito, quello di contenimento sociale

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu - Emilia Romagna

Una gran parte dei medici di medicina generale assieme a molti tra gli addetti ai lavori sono profondamente convinti che non esista ad oggi un progetto appropriato sul futuro della Medicina Generale visto che, contrattualmente, siamo fermi al 2005. Riflettendoci, dal punto di vista della progettazione di un disegno territoriale, può addirittura sorgere il dubbio di essere tornati indietro nel tempo. Mentre il mondo ci cambia attorno ad una velocità pazzesca, determinando anche profondi e fondamentali cambiamenti nella società, l'evoluzione dell'assistenza territoriale si è arrestata. A causa di questa discrepanza spazio-temporale le Regioni e le Asl, trovandosi in difficoltà di ideazione, hanno pensato a soluzioni diverse e 'originali', ma caratterizzate da un comune denominatore: caricare i Mmg non solo della funzione di committenza e di gestione dell'appropriatezza terapeutica e riabilitativa, ma anche di una funzione di contenimento sociale. Nessuno può smentire il fatto che attualmente il Ssn sia tenuto in piedi

dalla buona volontà, dalla determinazione, dalla motivazione e professionalità dei singoli medici che ci mettono la faccia col paziente ogni giorno con il loro duro lavoro di contenimento delle richieste degli assistiti. La crescente insicurezza sociale percepita fa sì che i nostri assistiti chiedano sempre di più, incalzando le risorse del sistema in un clima che sembra più "da ultima cena", quasi come se avessero una certa consapevolezza che da un momento all'altro le residue risorse potrebbero essere azzerate.

► Ambulatorio come luogo di scontro

Il medico di medicina generale nella sua funzione di primo presidio del Ssn, di uomo da prima linea, viene di fatto sovraccaricato di lavoro che genera una sensazione comune di frustrazione professionale. Inoltre, in qualità di uomo in prima linea del Ssn lo rappresenta ed è sempre di più percepito dal paziente/assistito come colui che può assegnare o che può negare una risorsa tera-

peutica diagnostica o riabilitativa. Non si può negare infatti che le file dei colleghi che mostrano un vero e proprio disagio professionale si stia progressivamente infoltendo attraverso manifesti atteggiamenti di disimpegno, delusione, sfiducia, disinteresse generalizzato. Questa tendenza ha condotto la nostra categoria ad una vera e propria perdita di autorevolezza con conseguenti ricadute professionali ed economiche. L'ambulatorio è diventato un campo di confronto/scontro tra il cittadino ed il sistema sanitario dove il medico ha assunto il ruolo di arbitro, piuttosto che di terapeuta. Siamo costretti a relazionarci quotidianamente con un assistito che "si auto prescrive" e pretende che il Mmg traduca in azione la sua soggettiva pretesa. In questo sistema aberrante il ruolo fiduciario del rapporto medico paziente, che ha rappresentato l'asso nella manica se non il brand del nostro sistema sanitario, è entrato profondamente in crisi. Nel rapporto fiduciario è necessario instaurare un reale patto-contratto tra i due attori che

entrano in relazione: il medico e il paziente. È un contratto tra due personalità diverse che mediano le rispettive esigenze: un lavoro con diversi gradi di coinvolgimento e motivazione da parte del medico, che può essere interpretato fino al punto di diventare una missione e, dall'altra parte, una richiesta di aiuto che può essere serena o disperata, duratura o limitata nel tempo, ma che si potrebbe rivelare anche superflua. In generale, il paziente chiede al medico di smettere di soffrire, di aiutarlo ad uscire da una condizione, la malattia, o comunque da una situazione di sofferenza (o stress) che può essere fisica e/o psichica, ma talvolta anche economica. A tale riguardo non dobbiamo sottovalutare il fatto che il modello di vita odierno richiede un' *esasperata performance* del soggetto e l'energia necessaria a compierla, assumendo valenze emozionali ed individuali estremamente rilevanti.

► La chimera dell'alleanza terapeutica

In definitiva, il paziente scarica sul medico, soprattutto sul medico di medicina generale una serie di preoccupazioni, sofferenze, sensazioni e vissuti di carattere nocivo, ansioso e depressivo. Il medico deve avere la capacità di mediare, assorbire ed infine elaborare tutto ciò per riuscire a mantenere un livello di coinvolgimento tale da permettergli di comprendere la richiesta d'aiuto del paziente. Ma questo processo non può essere messo in atto senza quel distacco-distanza professionale necessaria alla captazione dei segni e dei sintomi indispensabili ad elaborare una diagnosi e

impostare una successiva linea terapeutica che può essere condivisa dal paziente, cioè quello che di fatto definiamo alleanza terapeutica. Ma negli anni il peso di questo continuo carico emozionale di sofferenza e disagio che i vari ammalati pian piano, l'uno dopo l'altro, trasferiscono nell'arco del rapporto assistenziale al proprio medico di famiglia non solo è cresciuto, ma assunto dei connotati sempre più conflittuali. Noi che lavoriamo sul territorio sosteniamo quotidianamente questo confronto diretto con i nostri pazienti che nel tempo abbiamo visto subire una vera e propria metamorfosi scatenata da un sistema sanitario sempre più calmierato. I nostri assistiti sono *"assetati di sanità"* e spesso non comprendono le restrizioni normative in cui è costretto ad operare il loro *"dotto"* che, oltre a scienza e coscienza, ha la responsabilità di rispondere alle regole che il sistema si è dato e che ricadono sull'esercizio della sua professione e di conseguenza sull'assistito. Una realtà che di fatto ha scardinato anche quella progettualità che poteva avere il medico stesso, inteso come imprenditore, che di fatto si è trovato ad affrontare un rischio d'impresa assolutamente non trascurabile.

► Le cose non cambiano

L'assistenza territoriale, a 40 anni dall'istituzione del Ssn, evidenzia tutti i suoi limiti e mostra la necessità di un nuovo dettagliato progetto. Purtroppo il tema dominante in questi anni, resistente a qualsiasi tentativo di sblocco dell'*impasse* del sistema, è stato sempre quello della mancanza di fondi a cui si è addizionata la strategia di

responsabilizzare sempre di più il Mmg. Quel poco che è cambiato dal punto di vista contrattuale è stato condizionato più da scadenze elettorali che da un vero progetto assistenziale/sanitario o da esigenze professionali e di categoria. Quindi ancora una volta in più la sanità è stata asservita alla politica, mentre il buonsenso, e forse anche il comune senso del pudore, vorrebbero che accadesse il contrario. Come ho evidenziato in precedenza, la società ed i parametri che la regolano sono in continua evoluzione ed il risultato di questa accelerazione, di questa rivoluzione culturale è oltremodo impressionante: di pari passo, i concetti di salute e benessere, subiscono continue trasformazioni e anche la percezione che il cittadino ha della sanità è in continuo mutamento. L'attuale normativa che regola l'esercizio della Medicina Generale non disegna un progetto, o degli obiettivi, ma un percorso talmente approssimativo da rappresentare un pericolo per lo spazio che lascia alle differenti interpretazioni che ne possono scaturire. E non sarà sicuramente con le soluzioni autoreferenziali che possiamo pensare di tracciare una rotta sicura per l'assistenza primaria. Per una vera assistenza territoriale occorrono dei presidi medici capillari sul territorio e quindi una grossa presenza territoriale di medici, nonché di infermieri altamente specializzati, per non parlare di tutto il supporto sociale richiesto da una buona fetta di popolazione stressata da disagi psico-sociali e dall'invecchiamento. Ci vogliono risorse, ci vogliono più medici, sul territorio come in ospedale, ci vuole più forza lavorativa, il medico deve riacquistare la *"patrimonialità"* clinica.

Ci vuole un medico “esperto” per riorganizzare la medicina territoriale

Il medico “esperto” con l’ausilio della tecnologia informatica a supporto dell’attività clinica, come Mainex, può gestire la maggior parte delle patologie croniche ed erogare con professionalità la prevenzione. Mainex ha proprio lo scopo di fornire ai Mmg uno strumento per applicare nel territorio le conoscenze scientifiche che la ricerca produce, a beneficio dei malati e dei medici stessi

Francesco Piruzza - *Medicina Generale Udine*

// *Computer non solo Burocrazia*. Si titolava così un articolo pubblicato più di 17 anni fa da *M.D. Medicinae Doctor* (2000; 7:45) in cui veniva delineato un innovativo utilizzo della tecnologia a supporto dell’attività clinica del medico di medicina generale, denominato Mainex (*Medical Application Information Expert*), una cartella clinica elettronica on-line semplice e complessa allo stesso tempo, capace di compiere innumerevoli elaborazioni matematiche, logiche e statistiche sulla base di dati clinici ed antropometrici del singolo paziente e di elaborare le risposte di diversi questionari e test, per la gran parte di autosomministrazione. Purtroppo organizzazioni sanitarie e politiche in questi anni hanno privilegiato un’informatizzazione di tipo archivistico e la Medicina Generale anziché progredire si è impantanata nelle maglie dell’epidemiologia che, seppur importante, non ha impresso un miglioramento all’assistenza sanitaria nel territorio, tanto che oggi persino il rettore di un’importante Università definisce la Medicina Generale un “ricettificio”. Nel 2000 Mainex era un’idea da sviluppare, abbastanza prematura per-

ché proprio allora si stava avviando l’informatizzazione degli studi medici. Un cambiamento che per molti avrebbe potuto segnare un grande passo avanti per l’assistenza territoriale. Ma così non è stato visto che questo passo avanti, in realtà, era destinato solo agli epidemiologi che hanno potuto usufruire della raccolta dati prodotta dai medici di medicina generale i quali, nel frattempo, subivano una lenta e progressiva mutazione professionale in burocrati. Oltre alla informatizzazione “burocratica” la frammentazione del *corpus* culturale medico in una miriade di specialità ha fatto abdicare la Medicina Generale (MG) alla sua ragione clinica e sociale con l’alibi della complessità e siamo arrivati al punto che per prevenire le complicità delle patologie croniche più diffuse occorrono per ogni singolo paziente una decina di specialisti (cardiologo, neurologo, diabetologo, oculista, fisiatra, dietologo, nefrologo, endocrinologo, pneumologo, aritmologo etc). A testimoniare ciò le liste di attesa farcite di controlli programmati nel tempo in assenza di una specifica necessità assistenziale contingente. La conseguenza di tutto ciò è sotto gli

occhi di tutti è rappresenta un paradosso: i pazienti stabili vengono visti dagli specialisti e quelli destabilizzati dai Pronto Soccorsi. Il risultato è che la Medicina Generale viene sempre più estromessa o messa ai margini della gestione dei pazienti cronici. Sembrerebbe ragionevole e assolutamente appropriato invertire questo schema facendo in modo che i pazienti stabili vengano seguiti dai Mmg, quelli instabili dagli specialisti e gli acuti da Pronto soccorso e ospedale.

► Un nuovo profilo: il Mmg esperto

Per poter invertire l’attuale organizzazione del Ssn la gestione sanitaria dovrebbe essere supportata dalla gestione della conoscenza. Migliorando l’efficienza e l’efficacia delle conoscenze si migliora sia la salute sia la sanità. Occorre valorizzare la responsabilità delle persone più che la reingegnerizzazione dei processi, i sistemi informativi devono apportare benefici diretti ai clinici e ai pazienti. Gli attuali gestionali in uso ai medici di medicina generale non consentono questo salto qualitativo per la loro architettura di tipo archivistico e pertanto è gioco forza utiliz-

zare i sistemi esperti, che organizzando le conoscenze in appositi algoritmi, favoriscono l'acquisizione di ambiti di conoscenze specialistiche rendendo possibile erogare prestazioni sanitarie efficaci ed efficienti oltre che omogenee, uniformi e capillari da parte di tutti i medici di medicina generale con la competenza di uno specialista almeno finché le patologie sono stabili. A sistema esperto deve però corrispondere un medico esperto, ovvero un Mmg con speciale interesse specialistico. Il *General Practitioners with special interests*, per dirla all'inglese, è un profilo su cui la professione dibatte da tempo e solo oggi le contrapposizioni tra i favorevoli e i contrari sembrano sopite anche se continuano ad essere diversificate. La Simg, per esempio, auspica ad una figura di Medico con speciale interesse in una singola branca specialistica; la Regione FVG ha addirittura prodotto delle dispense monotematiche da consultare alla bisogna da parte del Mmg durante l'attività ambulatoriale per far rispettare i protocolli e le linee guida. Tentativi patetici per tentare di mascherare il fallimento di un'assistenza sanitaria territoriale che considera eccellenza il rispetto degli Air che prevedono la semplice esecuzione di indicatori di processo come l'emoglobina glicata, o la creatininemia o la microalbuminuria: indicatori lontani mille anni luce dalla effettiva presa in carico della complessità delle patologie croniche.

► **Strutture Sanitarie a bassa intensità di cura**

Visto che le proposte per definire questa figura professionale stentano a partire ed a concretizzarsi penso che Mainex rappresenti l'unica concreta possibilità per l'istituzione del "Medico Esperto". Oggi Mai-

Tabella 1

Esempio di Struttura Operativa Semplice Territoriale

Medico più supporto decisionale con moduli: ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, Diabete, BPCO e Asma	
Collaboratore di studio	Per effettuare Ecg, spirometria e controllo glicemia
• Elettrocardiografo o con telemedicina	Con questa tecnologia minima si possono gestire le patologie croniche, come l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco cronico, le aritmie, il diabete, l'asma, la BPCO, oltre che alla prevenzione cardiovascolare, in pratica il 75% dei bisogni sanitari della popolazione
• Spirometro o con telemedicina	
• Glucometro	

Orari di ambulatorio: Lunedì e Venerdì accesso libero, Martedì, Mercoledì e Giovedì: visite programmate e casi urgenti.

Nella tabella va aggiunta la Bilancia pesa persona ed un modulo per poter elaborare diete bilanciate ed equilibrate secondo le direttive dell'Istituto nazionale della Nutrizione.

Attraverso il QR-code alla fine dell'articolo si può visualizzare un video artigianale di come immagino il lavoro di un Mmg che si libera della burocrazia e riqualifica il suo fondamentale ruolo nella filiera dell'assistenza territoriale.

nex è un progetto innovativo che ha lo scopo di fornire ai medici di medicina generale uno strumento per applicare nel territorio le conoscenze scientifiche, che la ricerca produce, a beneficio dei malati e dei medici stessi. Esso sfrutta le potenzialità dell'informatica di tipo esperto, come i cosiddetti DSS (*Decision Support System*). Non occorrono 10 specialisti per combattere la complessità delle patologie croniche, ma soltanto un "Medico Esperto" con Mainex. Questo implica necessariamente la riorganizzazione della Medicina Primaria in "Strutture Sanitarie a bassa intensità di cura" proposta del Ministro della Salute Giulia Grillo. Penso che tale proposta (a meno che non si tratta del solito artificio lessicale per rinominare le Aft o i Cap) possa essere assimilata a quella su cui ho relazionato al Congresso nazionale Snamì nell'ottobre 2014, ovvero la "Struttura Operativa Semplice territoriale" (S.O.S.te). Tale struttura è composta da un Me-

dico Esperto che si avvale del supporto decisionale Mainex, da un collaboratore di studio. La S.O.S.te dovrebbe essere dotata di Ecg/ecografo, spirometro, glucometro, bilancia pesa persone, ecc. (tabella 1). Questa innovativa Organizzazione della Medicina Primaria in S.O.S.te potrebbe risolvere "magicamente" l'attuale carenza dei medici di medicina generale e di specialisti. L'accesso libero agli ambulatori deve essere riservato solo alle urgenze e deve essere programmato in giornate monotematiche riservato ai pazienti cronici che il collaboratore di studio dovrà chiamare periodicamente.

- Per approfondimenti consultare: <http://www.mainex.it/portal>



Attraverso il presente QR-Code è possibile approfondire con tablet/smartphone il progetto Mainex

La Medicina Generale c'è, ma chi governa non se ne accorge

Silvestro Scotti, segretario generale Fimmg ha commentato così i dati relativi al nuovo rapporto sulle Schede di dimissioni ospedaliere, sottolineando che nel quadro di un trend in discesa dei ricoveri ospedalieri gioca un ruolo chiave il grandissimo sforzo prodotto dai medici di famiglia

// Nel quadro di un trend di discesa dei ricoveri ospedalieri, che nel 2017 rispetto al 2016 risultano essere stati oltre 171 mila in meno, gioca evidentemente un ruolo chiave il grandissimo sforzo prodotto dalla Medicina di Famiglia. Alle carenze di risorse e ad un quadro normativo obsoleto fa evidentemente da contraltare un enorme patrimonio di professionalità e lavoro". **Silvestro Scotti**, segretario generale Fimmg ha commentato così i dati relativi al nuovo rapporto sulle Schede di dimissioni ospedaliere (SDO), che vede ancora una volta un calo dei ricoveri di acuti, riabilitazione e lungodegenza. E soprattutto anche un calo del tasso di ospedalizzazione e ricoveri inappropriati.

Se il rapporto sulle SDO mette in luce un aspetto virtuoso del sistema, ancor più importante è chiedersi chi abbia sostenuto questi risultati sul territorio, chi, in altre parole, abbia gestito efficacemente i pazienti dimessi dall'ospedale dopo la fase acuta, soprattutto quelli affetti da cronicità evitando le riacutizzazioni.

"Questi pazienti - ha fatto notare Scotti - non sono scomparsi, sono quelli presi in carico prima e dopo i ricoveri dalla Medicina territoriale, Medicina di Famiglia in testa,

che agisce con un'appropriatezza sempre maggiore. È facile puntare il dito contro i Mmg quando si parla di troppi accessi in Ps, ma evidentemente i dati non mentono e forse qualcuno dovrebbe interrogarsi piuttosto su quanto questi dati siano la conseguenza dell'andamento demografico della popolazione che richiede un nuovo medico di famiglia. Nei limiti della condizione attuale della Medicina di Famiglia, il rapporto dimostra che c'è una presa in carico territoriale che è sempre più efficace. Tutto questo nonostante i Mmg siano chiamati a 'combattere' con armi spuntate".

► Seguire il modello europeo

Il primo, e più attuale, problema sollevato da Scotti, è la mancanza di un respiro europeo della Medicina Generale e a questo proposito la Fimmg lancerà in questo periodo l'hashtag *#nonsonounmedicoeuropeo*.

Per Scotti "se l'Italia seguisse l'esempio che arriva dall'Europa allora punterebbe senza indugio ad una Medicina Generale che ha accesso alla prescrizione di farmaci innovativi come i NAO e quelli per il diabete e la BPCO.

Proprio per i pazienti cronici, avrem-

mo gli strumenti per curarli meglio a domicilio che è la vera richiesta che arriva dai nostri assistiti". Nonostante una Medicina di Famiglia molto attiva e presente, per il segretario generale Fimmg, è la politica a non rispondere prontamente.

"Seguire un modello europeo - ha precisato - significa anche realizzare mezzi di decontribuzione per le assunzioni di soggetti (personale di studio) che vengono impiegati nel perseguimento di un interesse socio sanitario, qual è l'azione del Mmg sul territorio".

Scotti fa anche notare come in Italia manchi la possibilità per i medici di famiglia di acquistare strumentazione diagnostica con agevolazioni sull'Iva, che per questi ambiti dovrebbe seguire (come avviene normalmente per l'acquisto di ausili per i soggetti portatori di handicap) un regime al 4% e non al 22%.

Anche in considerazione che i medici non sono soggetti Iva e dunque non possono scaricarla. "Con poche ma mirate misure di "europeizzazione" della Medicina di Famiglia riusciremmo ad avere risultati ancora maggiori di quelli che abbiamo. Ecco perché dico che la Medicina Generale c'è, ma chi governa non se ne accorge".

I chiarimenti del Garante della Privacy sul regolamento UE

I medici possono trattare i dati dei pazienti per finalità di cura senza consenso, ma dovranno comunque fornire loro informazioni complete sull'uso dei dati.

A renderlo noto è il Garante della Privacy che di recente ha fornito ulteriori chiarimenti a cittadini, medici, Asl e soggetti privati sulle novità introdotte, in ambito sanitario, dal Regolamento UE in materia di protezione dei dati (GDPR) e dalla normativa nazionale

I medici potranno trattare i dati dei pazienti, per finalità di cura, senza dover richiedere il loro consenso, ma dovranno comunque fornire loro informazioni complete sull'uso dei dati. Il medico che opera come libero professionista non è tenuto a nominare il Responsabile della protezione dati. Tutti gli operatori del settore dovranno tenere un registro dei trattamenti dei dati.

Questi sono i principali chiarimenti forniti dal Garante della Privacy a cittadini, medici, Asl e soggetti privati, sulle novità introdotte, in ambito sanitario, dal Regolamento UE in materia di protezione dei dati (GDPR) e dalla normativa nazionale.

Il provvedimento generale, adottato dall'Autorità, intende favorire un'interpretazione uniforme della nuova disciplina, ancora in fase transitoria, e supportare gli operatori con informazioni utili alla sua corretta attuazione.

Il Garante ha chiarito, ad esempio, che il professionista sanitario (come il medico), soggetto al segreto professionale, non deve più richiedere il consenso per i trattamenti di dati necessari alla prestazione sanitaria.

È invece richiesto il consenso, o una differente base giuridica, quando tali trattamenti non sono strettamente necessari per le finalità di cura, anche quando sono effettuati da professionisti della sanità. Ne sono un esempio i trattamenti di dati sulla salute connessi all'uso di "App" mediche (ad eccezione di quelle per la telemedicina), quelli effettuati per la fidelizzazione della clientela (come quelli praticati da alcune farmacie o parafarmacie), oppure per finalità promozionali, commerciali o elettorali.

► La legislazione attuale

L'Autorità ricorda che, sulla base dell'attuale normativa che regola il settore, permane la necessità di acquisire il consenso anche per il trattamento dei dati relativo al fascicolo sanitario elettronico, o per la consultazione dei referti online.

Nel documento del Garante sono forniti chiarimenti anche in merito all'informativa agli interessati, che deve essere concisa, trasparente, intelligibile e facilmente accessibile, scritta con linguaggio semplice e chiaro. Rispetto al modello pre-GDPR, essa deve contenere maggiori informazioni a tutela dell'inte-

ressato quali, ad esempio, quelle relative ai tempi di conservazione dei dati, che - se non sono specificati dalla normativa di settore - dovranno comunque essere individuati dal titolare (ad esempio il medico specialista o l'ospedale).

Il Garante dedica una sezione anche al Responsabile per la protezione dei dati (RPD, DPO nell'acronimo inglese). Sono tenuti alla nomina del RPD tutti gli organismi pubblici, nonché gli operatori privati che effettuano trattamenti di dati sanitari su larga scala, quali le case di cura. Non sono invece tenuti alla sua nomina i liberi professionisti o altri soggetti, come le farmacie, che non effettuano trattamenti su larga scala.

L'Autorità infine chiarisce che è obbligatorio per tutti gli operatori sanitari tenere un registro nel quale sono elencate le attività di trattamento effettuate sui dati dei pazienti. Tale documento rappresenta, in ogni caso, un elemento essenziale per il "governo dei trattamenti" e per l'efficace individuazione di quelli a maggior rischio, anche per dimostrare il rispetto del principio di responsabilizzazione (*accountability*) previsto da GDPR.

Isde Italia lancia un appello al Ministro dell'Ambiente e al Ministro della Salute

I Medici per l'Ambiente chiedono un incontro urgente ai due Ministri affinché ci si attivi subito per affrontare i cambiamenti climatici attraverso una rigorosa applicazione del principio "la salute in tutte le politiche" come strumento idoneo a migliorare l'ambiente e mitigare i cambiamenti climatici

L'associazione Isde Italia (Associazione Italiana Medici per l'Ambiente) ha recentemente pubblicato un *position paper* su "Cambiamenti climatici, salute, agricoltura e alimentazione" nel quale vengono discusse le conoscenze attuali sui cambiamenti climatici, le conseguenze socio-economiche, ambientali e sanitarie che le variazioni in corso comportano e come le attività umane possano influire, positivamente o negativamente, sugli scenari attesi. È, infatti, ormai ampiamente noto alla comunità scientifica internazionale che i cambiamenti climatici hanno numerose e ampie conseguenze sulla salute umana e che stiamo registrando un incremento continuo dei rischi e dei danni sanitari. Le misure per rallentare questi fenomeni esistono e potrebbero essere adottate con benefici immediati a livello locale/nazionale, quali quelli sull'inquinamento, sulla qualità della vita e la salute e anche sulla riduzione dei costi diretti e indiretti generati dalle modificazioni climatiche. L'azione locale/nazionale potrebbe altresì essere d'esempio per altri Paesi innescando un processo virtuoso di miglioramento generale per imitazione.

► Non stiamo facendo abbastanza

"Non stiamo lottando abbastanza per fermare i cambiamenti climatici- dichiarano gli esponenti di

Isde - l'ultimo report dell'Intergovernative *Panel of Climate Change* - ONU - ha ribadito, infatti, la necessità di contenere il riscaldamento globale entro 1.5°C rispetto ai valori pre-industriali e che restano solo pochi decenni per raggiungere questo obiettivo, chiedendo l'applicazione di misure rapide, inedite e di ampia portata".

"L'Italia è tra i Paesi europei che sta già subendo e subirà maggiormente gli effetti drammatici dei cambiamenti climatici - continuano gli esponenti di Isde - abbiamo già il record in Ue per la mortalità dovuta all'inquinamento atmosferico, 80-90 mila decessi l'anno, e la nostra posizione geografica agevola processi di desertificazione e la diffusione di vettori o agenti di malattie infettive tipiche delle regioni Sub Sahariane. Non c'è più tempo, occorre agire e farlo subito per fermare l'innalzamento delle temperature".

L'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente chiede un incontro urgente ai Ministri dell'Ambiente e della Salute per avere la possibilità di spiegare come una reale e rigorosa applicazione del principio "la salute in tutte le politiche" possa rappresentare uno strumento idoneo a migliorare l'ambiente e mitigare i cambiamenti climatici, condividendo azioni concrete da portare avanti insieme a tutti i cittadini.

AGGIORNAMENTI



■ ALLERGOLOGIA

Reazioni allergiche crociate sempre più comuni

■ CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

TAVI transfemorale nella stenosi aortica in pazienti a basso rischio

■ DIABETOLOGIA

Piede diabetico, focus sulla gestione delle ulcere

■ GASTROENTEROLOGIA

Un nuovo test per il monitoraggio della celiachia?

■ MEDICINA INTERNA

Documento di consenso sui nutraceutici in vari ambiti clinici

■ NEFROLOGIA

Ridurre il rischio di evoluzione dell'insufficienza renale cronica

■ NEUROLOGIA

Alimentazione e prevenzione delle malattie neurologiche

■ ONCOLOGIA

Tumore dell'ovaio: implementazione dei test BRCA

■ ALLERGOLOGIA

Reazioni allergiche crociate sempre più comuni

I casi di reazioni allergiche crociate sono sempre più comuni. Al fine di individuare gli allergeni implicati nella cross-reazione in soggetti sensibilizzati è importante conoscere il meccanismo scatenante.

La reattività crociata o cross-reattività è un disturbo che si manifesta clinicamente con l'associazione di due o più allergie, definite "allergie crociate".

"Le reazioni crociate avvengono quando gli anticorpi diretti verso uno specifico allergene riconoscono molecole allergeniche simili presenti in un'altra fonte allergica. Nelle reazioni crociate anche le vie di esposizione dell'allergene possono essere diverse: sono comuni le allergie crociate tra pollini (allergeni inalati) e cibi (allergeni ingeriti) o tra lattice (esposizione cutanea) e alcuni alimenti (esposizione per via digestiva)" - spiega **Danilo Raffaele Villalta**, allergologo AAIIITO (Associazione Allergologi Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri).

Negli adulti fino all'80% di tutti i casi di allergia alimentare sono preceduti da sensibilizzazione ad allergeni respiratori. Ad esempio in molti alimenti sono presenti molecole proteiche simili a quelle che si trovano in alcuni pollini. È noto infatti che l'allergene maggiore

della betulla, che è una molecola del sistema di difesa delle piante, è presente anche nella frutta, soprattutto quella delle famiglia delle Rosaceae (mele, pera, pesca, albicocca, ciliegia, prugne ecc). Nei crostacei, invece, sono presenti molecole simili a quelle contenute negli acari per cui ci possono essere soggetti con allergia ad acari (allergia da inalanti) e allergia a crostacei (da ingestione).

"La reattività crociata è una reazione che può avvenire anche tra diversi alimenti - sottolinea Villalta. Ci si sensibilizza inizialmente verso un alimento e dopo si possono manifestare delle reazioni verso alimenti di tipo diverso, ma simili come per esempio frutta con frutta, frutta secca con frutta secca o carni di vario tipo. Fra gli alimenti che possono generare un'allergia crociata vanno segnalati la carne, il pesce e i crostacei. Spesso chi è allergico ad un pesce ha problemi mangiando tutti i tipi di pesce a lisca: per esempio chi è allergico al salmone ha problemi anche con la trota, la carpa, il merluzzo e così via. Generalmente chi è allergico ai crostacei non è allergico ad un solo crostaceo in particolare, ma può essere allergico a tutta la famiglia dei crostacei e in alcuni casi (circa il 50%) anche a molluschi, mitili, seppia".

► Sintomatologia

Il consumo di determinati alimenti può provocare prurito, tumefazione e la comparsa di vescicole sulla mucosa orale, ma possono anche comparire raffreddore, congiuntivite, asma e reazioni cutanee come l'orticaria. La manifestazione più frequente è la cosiddetta "sindrome orale allergica" (SOA) che inizia quasi subito, nel momento del consumo dell'alimento e causa prurito, formicolii e gonfiore alle labbra che possono estendersi a palato e lingua. Nella maggior parte dei casi si risolve senza interventi in poco tempo. Tuttavia, in alcuni soggetti predisposti possono anche manifestarsi altri sintomi più gravi. Ci sono poi altri sintomi, più rari, che possono comparire al momento del consumo o entro un'ora circa dall'assunzione dell'alimento: orticaria, edema angioneurotico, rinite, congiuntivite, asma bronchiale, edema della glottide, disturbi gastrointestinali e nei peggiori dei casi shock anafilattico.

Allergeni inalanti e alimentari

Graminacee	Pomodoro, melone, anguria, kiwi, mandorla
Betullacee	Mela, nocciole, pesca, ciliegia
Acari	Crostacei, molluschi
Compositae	Sedano, prezzemolo, carota, camomilla, finocchio
Parietaria	Basilico, ortica, gelso, piselli, melone, ciliegia
Lattice	Banana, castagna, avocado, kiwi, mango

■ **CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA**

TAVI transfemorale nella stenosi aortica in pazienti a basso rischio

Un passaggio epocale per la cardiologia interventistica e per milioni di persone in tutto il mondo che, in caso di stenosi aortica, grazie alla TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) non dovranno più sottoporsi a un intervento a cuore aperto. L'annuncio è stato dato al Congresso dell'American College of Cardiology di New Orleans (16-18 marzo), dove sono stati presentati i risultati di due importanti studi clinici, in particolare lo studio PARTNER 3 mostra risultati ad un anno della TAVI transfemorale non inferiori alla chirurgia nei pazienti a basso rischio chirurgico.

"Si tratta di una notizia che cambierà la storia della nostra disciplina - ha affermato **Giuseppe Tarantini**, Presidente GISE (Società Italiana di Cardiologia Interventistica), Professore Associato e Direttore dell'UOSD Cardiologia interventistica del Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari del Policlinico Universitario di Padova.

La TAVI è una tecnica mininvasiva innovativa - spiega il cardiologo interventista - eseguita senza aprire il torace e fermare il cuore, nel trattamento dei pazienti affetti da stenosi aortica, una malattia che insieme ad altre disfunzioni delle valvole cardiache, colpisce oltre

un milione di italiani e ben il 10% degli over65. È la più frequente tra le alterazioni valvolari: nel nostro Paese infatti la percentuale di popolazione in età avanzata, afflitta da restringimento od occlusione di tale giunzione è del 3.8%, mentre quella con stenosi severa, con indicazione all'intervento di sostituzione, è del 2%.

In assenza di angina pectoris, sincope e scompenso cardiaco, la prognosi è relativamente benigna, ma con la comparsa dei sintomi si riduce drammaticamente l'aspettativa di vita, con una sopravvivenza media di 2-3 anni, in persone con angina o sincope, e di soli 1-2 anni in pazienti con scompenso cardiaco".

► Risultati oltre le aspettative

I risultati dei due maggiori trial randomizzati di confronto fra TAVI e sostituzione valvolare aortica chirurgica nel paziente a basso rischio, il PARTNER 3 (Sapien 3, Edwards Lifesciences) e l'Evolut Low-Risk Trial (Evolut R ed Evolut PRO, Medtronic), presentati al congresso dell'American College of Cardiology sono andati ben oltre le aspettative. Non solo la TAVI ha raggiunto la superiorità rispetto alla sostituzione valvolare chirurgica in termini di mortalità ed incidenza di ictus ce-

rebrale, ma addirittura - nel PARTNER 3 - la TAVI si è dimostrata superiore alla chirurgia per quanto concerne l'incidenza dell'endpoint primario (morte, ictus, re-ospedalizzazione a distanza di un anno). L'entusiasmo dell'audience è stato tale, che la presentazione è stata interrotta più volte da applausi scroscianti, terminando con una standing ovation.

"Sulla base di questi risultati, la TAVI dovrebbe essere considerata la terapia di scelta nei pazienti a basso rischio con stenosi valvolare aortica" - ha commentato Martin Leon, cardiologo interventista della Columbia University, New York.

► Procedura

"Sarà una rivoluzione per il percorso terapeutico della stragrande maggioranza dei pazienti affetti da stenosi valvolare aortica, il cui trattamento sarà sempre più appannaggio della cardiologia interventistica. La TAVI è eseguita spesso senza anestesia generale e con impianto della valvola, nella maggior parte dei casi, attraverso l'arteria femorale. L'intervento dura meno di un'ora. Il recupero post-operatorio è rapido e il paziente può essere dimesso nel giro di 3 o 4 giorni dall'intervento, se non sopravvengono complicanze. Ben diversa è invece la sostituzione valvolare chirurgica tradizionale, che comporta anestesia generale e circolazione extracorporea e che lascia naturalmente un'incisione sul torace e dura svariate ore" - conclude il Prof. Tarantini.

■ DIABETOLOGIA

Piede diabetico, focus sulla gestione delle ulcere

Il piede diabetico si combatte attraverso l'iniziativa educativa e formativa del paziente (fin dalla diagnosi) e la risposta unitaria dei professionisti, così da migliorare gli eventi e la qualità di vita dei nostri pazienti". L'affermazione è di **Roberto Da Ros**, responsabile Centro Diabetologico AAS2, Monfalcone-Gorizia e Coordinatore del gruppo di studio SID-AMD sul piede diabetico, argomento al quale è stato dedicato un focus specifico al congresso Panorama Diabete della Società Italiana di Diabetologia (Riccione, 8-13 marzo 2019).

"La presentazione delle lesioni del piede diabetico - continua Da Ros, risulta sempre più complessa, con lesioni complicate: la frequenza di lesioni vascolari e/o infette supera il 50%. Sono anche pazienti che presentano multiple comorbidità: il 50% con arteriopatia periferica presenta anche cardiopatia ischemica, il 30% vasculopatia dei tronchi sovraortici, il 20% entrambe. "Il paziente risulta fragile per le patologie internistiche presenti, alle quali si associa un evento acuto al piede, che necessita frequentemente di trattamento chirurgico e rivascolarizzazione. In questo quadro, la rete assistenziale è fondamentale per garantire il corretto ed adeguato trattamento".

► Prevenzione delle ulcere

La prevenzione delle ulcere è una parte importantissima nella gestione del piede diabetico, in quanto è proprio dall'insorgenza delle ulcere che comincia la catena di eventi che può portare all'amputazione. "Purtroppo - spiega **Luigi Uccioli**, Università di Roma Tor Vergata responsabile Unit Piede Diabetico, Policlinico Tor Vergata Roma.

Tutte le ulcere possono essere pericolose, anche quelle apparentemente banali, soprattutto se tendono a non guarire. Circa il 30% dei diabetici è affetto da neuropatia periferica, con riduzione della sensibilità. Per questo le ulcere si possono formare per cause apparentemente banali, come le vesciche da scarpe eccessivamente strette e non avvertite come tali, o le ustioni da contatto (acqua dei pediluvii, termofori, sabbia ecc).

Altra condizione di rischio è l'ipercheratosi sotto la pianta del piede e che può traumatizzare i tessuti sottostanti, fino a formare l'ulcera. Il quadro si complica quando insieme alla neuropatia è presente anche un problema di cattiva circolazione arteriosa, che rende ancora più difficile la guarigione delle ulcere.

► Valutazione del piede

Sia i clinici che i podologi (specificamente formati) sono in grado di definire il rischio di sviluppare un'ulcera plantare attraverso un'attenta valutazione del piede e l'esecuzione di test semplici per evidenziare la presenza delle complicanze a carico dei nervi e delle arterie. L'ispezione avrà lo scopo di evidenziare la presenza di deformità delle dita, di callosità plantari, di cute secca, condizioni indicative di particolare vulnerabilità del piede.

"I test - spiega il professor Uccioli - saranno inizialmente di screening e devono essere effettuati su tutti i pazienti diabetici almeno 1 volta/anno mentre quelli di approfondimento saranno riservati solo in caso di positività allo screening. Tra le indagini di primo livello c'è la ricerca dei riflessi achillei e dei polsi periferici. Questi test ci orientano già sulla presenza di neuropatia e/o vasculopatia periferica. Altre indagini, come la valutazione della sensibilità vibratoria o la valutazione dell'indice pressorio gamba/braccio caratterizzeranno meglio il problema.

Nel corso del Congresso i diabetologi hanno presentato anche un decalogo per i pazienti.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF "Il decalogo per prevenire il piede diabetico"

■ GASTROENTEROLOGIA

Un nuovo test per il monitoraggio della celiachia?

■ Carlo Catassi

Gastroenterologo pediatrico

Dipartimento di Pediatria, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Come è ormai ben noto, il trattamento della celiachia richiede l'esclusione completa del glutine, poiché tracce anche minime di questo composto proteico possono risultare lesive per l'intestino del paziente compromettendone, soprattutto a lungo termine, la qualità di vita. D'altra parte, sappiamo anche come sia difficile evitare tutte le numerose possibili fonti di contaminazione di glutine nella alimentazione quotidiana.

Come si fa dunque a stabilire se il paziente stia seguendo correttamente o meno la dieta priva di glutine? A questo interrogativo non corrisponde attualmente una risposta semplice e soprattutto soddisfacente. L'esame più affidabile in al senso è la biopsia intestinale, poiché questa può dimostrare anche piccole alterazioni della mucosa causate dall'ingestione di tracce di glutine, ma è evidente come tale procedura sia troppo invasiva da poter essere impiegata per i controlli periodici. D'altra parte, il monitoraggio dei sintomi non è affatto attendibile, poiché sappiamo che, nella maggior parte dei casi, le minime trasgressioni dietetiche non comportano alcuna sintomatologia evidente. In genere si fa ricorso al dosaggio degli

anticorpi anti-transglutaminasi IgA o altri anticorpi della celiachia (es. gli antigliadina deamidata di classe IgG), ma tutti questi esami, tanto utili e specifici per la diagnosi iniziale, spesso non riescono a svelare le minime devianze dalla dieta. Oggi disponiamo anche della possibilità di misurare tracce di glutine nelle urine e nelle feci del paziente, esame tuttavia utile ad individuare solo le eventuali trasgressioni dietetiche delle ultime 24-48 ore.

► **Ipotesi di un nuovo esame non invasivo**

In questo panorama non particolarmente entusiasmante, si colloca l'importante lavoro "Synthetic neopeptides of the transglutaminase-deamidated gliadin complex as biomarkers for diagnosing and monitoring celiac disease" di Choung e collaboratori della Mayo Clinic di Rochester (Minnesota, USA), di recente pubblicato sulla prestigiosa rivista *Gastroenterology*. Gli autori si sono concentrati sulla risposta anticorpale, nei soggetti celiaci, diretta non tanto verso la transglutaminasi (TTG) o la gliadina deamidata (DGP), come nel caso dei test diagnostici "tradizionali", quanto verso i complessi TTG-DGP.

Nel processo che porta alla formazione di questi complessi, si sviluppano infatti dei "neopeptidi", cioè dei siti altamente reattivi di amminoacidi, ancora più immunogeni rispetto agli antigeni nativi. In una prima fase del lavoro gli autori hanno verificato che la reattività anticorpale diretta contro uno specifico set di complessi TTG-DGP identificava un gruppo di pazienti con celiachia florida con altissima sensibilità e specificità rispetto ai controlli sani. Ancora più interessante il dato emerso nella seconda parte del lavoro, cioè che i soggetti celiaci in trattamento dietetico con mucosa intestinale danneggiata a causa della persistente ingestione di glutine, presentavano livelli anticorpali anti TTG-DGP significativamente maggiori rispetto ai celiaci trattati con mucosa intestinale normale. In altri termini, questo nuovo test anticorpale, praticato su un semplice campione di sangue venoso, sembrerebbe in grado di identificare i celiaci che non seguono correttamente la dieta in maniera notevolmente più accurata rispetto alle indagini attualmente disponibili. Se questi dati saranno confermati da altri studi, questo lavoro comporterà un notevole progresso nelle possibilità di monitorare accuratamente il paziente celiaco in corso di trattamento, con indubbe ricadute positive sul benessere psico-fisico a lungo termine di un grande numero di persone.

Bibliografia

- Choung RS et al. Synthetic neopeptides of the transglutaminase-deamidated gliadin complex as biomarkers for diagnosing and monitoring celiac disease. *Gastroenterology* 2019; 156: 582-591
- www.drshaer.com

■ MEDICINA INTERNA

Documento di consenso sui nutraceutici in vari ambiti clinici

Alla luce del fatto che le indicazioni più frequenti sull'impiego dei nutraceutici ricadono nell'ambito della prevenzione cardiovascolare, la SIPREC (Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare) "ha prodotto un documento di consenso sull'impiego dei nutraceutici in vari ambiti di prevenzione e trattamento, attingendo alle evidenze scientifiche disponibili" - ha spiegato il Prof. **Massimo Volpe**, Presidente SIPREC e ordinario di Cardiologia, Università di Roma 'La Sapienza' - Ospedale Sant'Andrea.

▶ Nutraceutici e dislipidemie

Per le dislipidemie la Siprec si collega alle linee guida congiunte della Società Europea di Cardiologia e della Società Europea di Aterosclerosi, che consigliano l'uso dei fitosteroli tra gli interventi pre-farmacologici, nei soggetti a rischio cardiovascolare basso-moderato. Anche i soggetti che sviluppano effetti collaterali con i farmaci tradizionali (statine) possono beneficiare di alcuni nutraceutici. Le classi più utilizzate per ridurre il colesterolo sono: berberina, monocolina K e policosanoli. La somministrazione contemporanea di questi tre principi può determinare una riduzione del C-

LDL fino al 22%; per questo il loro utilizzo è indicato nei soggetti con iperlipemia di grado lieve-moderato, in assenza di altre patologie che condizionino il rischio CV. Inoltre effetti positivi sul colesterolo sono stati descritti per varie fibre: chitosano, pectine, glucomannano, beta-glucano (quest'ultimo ha effetti benefici anche sui valori della glicemia).

▶ Ipertensione arteriosa

Cioccolato fondente (almeno l'80% di cacao) e succo di barbabietola sono al momento i due nutraceutici con le più convincenti prove di efficacia sull'ipertensione arteriosa. Ma sono numerosi i nutrienti che svolgono un'azione antipertensiva. Oltre ai flavonoidi del cacao e al succo di barbabietola da zucchero, anche licopene, resveratrolo, tè verde, acidi grassi polinsaturi, isoflavoni, lactotripeptidi e peptidi del pesce, L-arginina, potassio, magnesio chelato, calcio, vitamina C, coenzima Q10; picnogenolo, melatonina a rilascio controllato, estratto di aglio invecchiato, probiotici, tè di Giava hanno un effetto sulla PA. L'azione ipotensiva (riduzione della sistolica fino a 4-5 mmHg e della diastolica fino a 2-3 mmHg) spesso è dovuta al loro effetto antiossidante, che con-

segue ad un aumento di biodisponibilità dell'ossido nitrico. Questi nutraceutici possono essere utilizzati come coadiuvanti delle norme dietetico-comportamentali nei soggetti con "pre-ipertensione" (PA 130-139/85-89 mmHg).

▶ Diabete mellito

Vari nutrienti con proprietà antiossidanti possono contribuire a migliorare l'omeostasi glucidica e a proteggere dalle complicanze del diabete. I polifenoli riducono l'assorbimento intestinale di glucosio (attraverso l'inibizione di S-Glut-1). L'acido lipoico svolge un'azione di prevenzione della polineuropatia diabetica. I risultati degli studi di intervento sull'uomo sull'efficacia dei nutraceutici nella regolazione della glicemia nei soggetti con diabete e in quelli a rischio sono tuttavia pochi e a volte contrastanti. Una dieta ricca di fibre ha effetti benefici sul controllo glicemico, a breve e medio-lungo termine. Un consumo giornaliero di almeno 30 g di fibre migliora il controllo glicemico e contribuisce a prevenire le malattie cardiovascolari. Se non si riesce a mantenere questo apporto con la dieta, si può ricorrere a supplementi contenenti beta-glucani, psyllium, gomma guar, glucomannano, pectine.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF "Documento di consenso Siprec 2019. Nutraceutici"

■ NEFROLOGIA

Ridurre il rischio di evoluzione dell'insufficienza renale cronica

La prevenzione attiva per combattere efficacemente e al contempo in modo sostenibile la malattia renale è di una importanza imprescindibile. In Italia 2.5 milioni di persone sono affette da malattia renale in stadio più o meno avanzato; per alcuni questa condizione evolverà fino all'insufficienza renale (attualmente sono 50.000 i pazienti in terapia dialitica).

Oltre alla promozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e alla diagnosi precoce, a patologia ormai conclamata è fondamentale intervenire attivamente per rallentarne il decorso: la terapia dietetica nutrizionale si è dimostrata in grado di ritardare la progressione dell'insufficienza renale cronica e le sue co-morbilità, riducendo il rischio di escalation verso la fase dialitica, con risparmi sostanziali e un significativo miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

► Dialisi peritoneale a domicilio

“Quando la funzionalità renale è definitivamente compromessa - ha spiegato **Giuliano Brunori**, Direttore UO Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Trento e Presidente della Società Italiana di Nefrologia in occasione della giornata

mondiale del rene (14 marzo) - le opzioni sono due: il trapianto e la dialisi. In pochi pazienti, tuttavia, sono elegibili al trapianto, tanto che oggi solo 6.000 pazienti sono in lista d'attesa per un rene.

La dialisi può essere di due modalità: l'emodialisi, la classica terapia ospedaliera che prevede 3 sedute a settimana della durata di circa 4 ore, molto impattante sulla qualità di vita, o quella peritoneale a domicilio, vantaggiosa perché il paziente non è ospedalizzato, esegue il trattamento di notte, mentre dorme, senza interferenza con le sue attività quotidiane. Ma ancora solo 5.000 pazienti la praticano, contro i 45.000 che fanno emodialisi. Nel loro complesso, i 50.000 pazienti dialitici italiani costano ogni anno al Servizio sanitario nazionale circa 2.5 miliardi di euro, che corrispondono al 2% della spesa. Poco meno dello 0.1% della popolazione consuma una cifra enorme di risorse destinate alla sanità. Alla luce di questi dati, investire in prevenzione è quindi cruciale”.

► Terapia dietetica nutrizionale

A danno renale ormai iniziato, la “terapia dietetica nutrizionale” (TDN) può fornire un valido contributo all'efficacia del tratamen-

to. **Ersilia Troiano**, Past President dell'Associazione Nazionale Dietisti (ANDID) ha spiegato che “se gestita con accortezza da un operatore esperto e personalizzata in base allo specifico stato clinico del paziente e alle sue abitudini (per esempio bisogna tenere conto del fatto che sempre più spesso si consumano pasti fuori casa), la TDN può ritardare la progressione della malattia e l'ingresso in dialisi, migliorando la qualità di vita dei pazienti. Avendo un costo sostenibile andrebbe sfruttata il più possibile, mentre molti pazienti arrivano alla dialisi senza neppure avere tentato questa opzione.

Ci sono, infatti, alcune Regioni che erogano prodotti ipoproteici, altre che lo fanno in misura limitata, altre che non la fanno affatto. Solo alcuni nomenclatori tariffari regionali prevedono la possibilità di accedere a prestazioni in ambito nutrizionale, e quindi di ricevere la consulenza di un dietista. In alcune Regioni ci sono centri di nefrologia che hanno un dietista renale dedicato, in altre neanche l'ombra. Investire su tutto questo significa sostenere costi che si tradurranno in risparmi consistenti” - conclude Ersilia Troiano.

Viene segnalato che il costo annuale dell'utilizzo di prodotti ipoproteici si attesta intorno 1.400/1.500 euro a paziente, contro i quasi 45.000 del trattamento con dialisi e anche in una ottica di evidence based medicine si conferma la necessità di rendere la TDN centrale nel percorso di cura del paziente nefropatico.

■ NEUROLOGIA

Alimentazione e prevenzione delle malattie neurologiche

Il funzionamento ottimale del sistema nervoso richiede una dieta sana ed equilibrata in grado di fornire un costante apporto di macronutrienti e micronutrienti, per cui la possibile prevenzione di molte malattie neurologiche si basa innanzitutto su una corretta alimentazione. È noto infatti che obesità e abitudini alimentari non adeguate hanno implicazioni negative sulla salute generale, sullo sviluppo cognitivo e sulla neurodegenerazione. Se si considera che, globalmente, il 38% degli adulti e il 18% tra bambini e adolescenti sono sovrappeso o obesi, si può ragionevolmente pensare che un corretto approccio nella prevenzione delle patologie neurologiche debba essere rivolto all'abbattimento di questi fattori di rischio.

In occasione della presentazione milanese della "Settimana mondiale del cervello 2019" il prof. **Mario Zappia**, Segretario SIN, Professore Ordinario di Neurologia presso l'Università di Catania e Direttore della Clinica Neurologica dell'A.O.U. "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania ha fornito ad *M.D.* una ampia panoramica sul tema. "Le strategie di prevenzione su base alimentare sono molteplici. La prevenzione di malattie carenziali basata su un equilibrato apporto vitaminico, soprattutto del comples-

so B, è quanto mai attuale, considerando che tali malattie sono oggi in crescita nella nostra parte di mondo sviluppato e ricco, basti solo pensare alle neuropatie e alle mielopatie secondarie a deficit di vitamina B12 procurato da diete molto in voga e strettamente prive di alimenti di derivazione animale (in Italia abbiamo circa 500.000 vegani e si ritiene che almeno il 50% di loro abbia un deficit di vitamina B12). A tal proposito, occorre sottolineare che l'integrazione nella dieta di vitamine non derivate da alimenti di origine animale non avrebbe efficacia nel prevenire le complicanze neurologiche, evidenziando quindi l'importante ruolo svolto da una dieta completa ed equilibrata nel prevenire tali condizioni.

▶ Dieta mediterranea

Per altre malattie neurologiche ci sono evidenze consolidate, derivanti soprattutto da studi neuroepidemiologici, che riportano il ruolo protettivo svolto da micronutrienti (folati, vitamine del complesso B, vitamina D, vitamina E), macronutrienti (acidi grassi polinsaturi) e antiossidanti (polifenoli) nello sviluppo di patologie di tipo neurodegenerativo, cerebrovascolare e infiammatorio. Tuttavia, una volta che tali malattie si manifestano, la supplementa-

zione di questi nutrienti con la dieta non è in grado di sortire alcun effetto sul decorso clinico, per cui si ritiene che tali fattori debbano agire in modo sinergico e continuativo nel tempo, piuttosto che i singoli nutrienti somministrati isolatamente, nella prevenzione di tali patologie.

Grazie alla sua composizione è indubbio il ruolo della dieta mediterranea, a basso contenuto di sodio e di grassi saturi di derivazione animale, nella prevenzione dell'ictus. È stato recentemente riportato che, su oltre 100.000 donne americane, chi aveva un'alta aderenza alla dieta mediterranea riduceva del 18% il rischio di ictus ischemico.

Tuttavia meno comprensibile è il ruolo svolto dalla dieta mediterranea nella prevenzione di malattie neurodegenerative come l'Alzheimer e il Parkinson. Si ritiene che gli effetti della dieta mediterranea sulla neurodegenerazione siano dovuti non solo a un'azione antiossidante con rimozione di radicali liberi, ma anche a riduzione della neuroinfiammazione. Un'esagerata risposta neuroinfiammatoria potrebbe dipendere da sovralimentazione in età infantile, causa di precoce obesità, che "sensibilizzerebbe" il cervello a rispondere in modo anormale a stimoli immunogenici di lieve entità, causando disfunzione di circuiti neurali cognitivi e motori.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Mario Zappia

■ ONCOLOGIA

Tumore dell'ovaio: implementazione dei test BRCA

In Italia rappresenta la quinta causa di morte per cancro nelle donne 50-69enni, anche se i decessi sono calati del 3% in due anni (2013-2015). Il dato è riconducibile a terapie che permettono di controllare la malattia anche nello stadio metastatico (farmaci inibitori di PARP, utilizzabili sia nelle pazienti BRCA mutate che non mutate).

“Le armi contro il tumore dell'ovaio spaziano dalla chirurgia alla chemioterapia fino alle terapie mirate, in cui rientrano gli inibitori di PARP - spiega **Fabrizio Nicolis**, Presidente Fondazione AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica). Conoscere lo stato mutazionale dei geni BRCA è sempre molto importante ed il test dovrebbe essere effettuato su tutte le pazienti (con le caratteristiche indicate nelle ‘Raccomandazioni per l'implementazione del test BRCA nelle pazienti con carcinoma ovarico e nei familiari a rischio neoplasia’ di AIOM-SIGU-SIBioC-SIAPEC-IAP 2019) al momento della diagnosi. È questa la via da seguire per definire le migliori strategie terapeutiche e iniziare il percorso familiare che potrebbe permettere l'identificazione di persone sane con mutazione BRCA, nelle quali impostare programmi di sorveglianza o di chirurgia (annessiectomia bilaterale) per la riduzione del rischio di sviluppare il tumore ovarico.

Ma, ancora oggi, non tutte le pazienti che dovrebbero essere sottoposte al test BRCA lo eseguono. Inoltre, in Italia, il regime di rimborsabilità per questo esame varia nelle diverse Regioni, con la conseguenza che viene effettuato solo nel 65,2% delle donne che ricevono la diagnosi”. Per questo oncologi e pazienti, hanno richiesto alle Istituzioni di uniformare le modalità di accesso al test BRCA sul territorio nazionale.

► BRCA1 e BRCA2

“Serve più impegno nel migliorare le strategie di prevenzione di una neoplasia che, nel 2018, ha causato in Italia 5.200 nuovi casi, l'80% dei quali individuati in fase avanzata - afferma **Stefania Gori**, Presidente Nazionale AIOM e Direttore dipartimento oncologico, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria-Negrar. Se il tumore è confinato all'ovaio, la sopravvivenza a cinque anni raggiunge il 90%, mentre scende al 15-20% negli stadi avanzati. Circa il 20% delle neoplasie ovariche è ereditario, cioè causato da specifiche mutazioni genetiche. BRCA1 e BRCA2 sono due geni che producono proteine in grado di bloccare la proliferazione incontrollata di cellule tumorali. Queste proteine partecipano a meccanismi di riparo del DNA, garantendo l'integrità dell'intero pa-

trimonio genetico. Quando sono mutate il DNA non viene riparato correttamente e si determina un accumulo di alterazioni genetiche, che aumenta il rischio di cancro. Una mutazione di BRCA1 e BRCA2, ereditata dalla madre o dal padre, determina una predisposizione a sviluppare il tumore più frequentemente rispetto alla popolazione generale”. L'informazione sull'eventuale presenza della mutazione BRCA va acquisita al momento della diagnosi, perché può contribuire alla definizione di un corretto percorso di cura che parta dalla prima linea di trattamento - continua la Presidente Gori. Nei familiari che presentano la mutazione, devono essere avviati programmi di sorveglianza intensiva che spaziano dai controlli semestrali fino all'asportazione chirurgica delle tube e delle ovaie”.

► Fattori protettivi

“Sono poche le strategie efficaci per prevenire il tumore dell'ovaio - continua **Valentina Sini**, oncologa presso il Centro Oncologico ‘Santo Spirito-Nuovo Regina Margherita’ ASL Roma 1. Fra i fattori protettivi, la multiparità, l'allattamento al seno e un prolungato impiego di contraccettivi orali. In particolare, donne con pregresse gravidanze multiple presentano una riduzione del rischio di circa il 30% rispetto a coloro che non hanno partorito. Una recente indagine ha dimostrato che l'uso prolungato di anticoncezionali riduce il rischio di incidenza di tumore ovarico nella popolazione generale, in particolare nelle donne portatrici di mutazione dei geni BRCA”.

Nesso di causalità tra influenza e infarto

Ipotesi fisiopatologiche e ripercussioni cliniche

Sulla base delle evidenze disponibili, il nesso di causalità tra influenza e IMA non può definirsi certo, ma perlomeno altamente probabile. Il razionale fisiopatologico è rappresentato dal rilascio di citochine infiammatorie, rottura di placche aterosclerotiche e innesco di fenomeni pro-trombotici che possono esitare nell'occlusione di un'arteria coronaria. In attesa di risultati forti l'impiego della vaccinazione, considerato nel complesso il suo favorevole profilo costo-efficacia e di sicurezza, andrebbe incoraggiato

Diversi studi hanno evidenziato l'esistenza di un'associazione tra infezioni respiratorie e lo sviluppo di infarto miocardico acuto. A tal proposito, Smeeth et al., che avevano incluso 20.486 soggetti con un primo infarto miocardico e 19.063 soggetti con un primo evento cerebrovascolare acuto avevano dimostrato che il rischio per entrambi gli eventi era più alto entro i primi tre giorni da un'infezione respiratoria acuta; il rapporto di incidenza per infarto miocardico era risultato di 4.95 e quello per ictus di 3.19.

Più di recente, Warren-Gash et al., attraverso uno studio caso-controllo, avevano analizzato 11.208 soggetti ospedalizzati per SCA, di cui 3.927 con recente infezione respiratoria acuta. Essi evidenziavano un rischio di IMA significativamente maggiore durante i primi 3 giorni dall'infezione respiratoria acuta, con un rapporto di incidenza di 4.19 e progressiva riduzione del rischio nel corso del tempo. Tra l'altro, emergeva come le infezioni che si verificavano durante il periodo epidemico influenzale e quelle codificate come "verosimilmente influenzali" erano associate a un consistente più alto rischio d'incidenza di IMA. Diversi studi hanno pertanto cercato

di dimostrare l'associazione tra influenza e SCA attraverso la conferma laboratoristica dell'infezione influenzale; i risultati tuttavia non sono apparsi sempre convincenti. Al proposito, uno studio molto recente, comparso sul *New England Journal of Medicine* a gennaio del 2018, ha valutato l'associazione tra infezione influenzale confermata laboratoristicamente con metodi altamente specifici e ospedalizzazione per IMA. In esso, Kwong et al. identificavano 364 ospedalizzazioni per infarto miocardico acuto da un anno prima a un anno dopo il test laboratoristico risultato positivo per influenza. Venti di queste ospedalizzazioni si verificavano durante l'intervallo definito "di rischio" e cioè nei primi 7 giorni dalla data di rilevamento dell'influenza; le restanti 344 cadevano nel periodo definito come "intervallo di controllo" e cioè dall'anno antecedente all'anno successivo l'intervallo di rischio. I ricercatori hanno evidenziato che l'incidenza di ammissione per infarto miocardico acuto era sei volte più alta nei primi 7 giorni dalla conferma laboratoristica dell'infezione influenzale rispetto all'intervallo di controllo, e nessun aumento di incidenza era osservato dopo il settimo giorno. Inoltre, ad un'analisi per

sottogruppi emergeva come il rapporto di incidenza fosse maggiore per i soggetti più adulti, per l'influenza di tipo B e per i pazienti colpiti da un primo infarto miocardico.

► **Infiammazione e sviluppo delle SCA**

È ad oggi ben noto il ruolo cruciale dell'infiammazione nello sviluppo delle SCA; in tal senso non sorprenderebbe come un'infezione acuta, con tutto il suo potenziale infiammatorio, possa contribuire allo sviluppo dell'infarto miocardico.

Le caratteristiche fisiopatologiche dell'IMA sono eterogenee; mentre l'infarto miocardico di tipo 1 è secondario a trombosi per rottura e/o ulcerazione di placca, l'infarto miocardico di tipo 2 è definito come una necrosi miocardica secondaria a discrepanza tra domanda e offerta di ossigeno. L'influenza può essere chiaramente relata all'infarto miocardico di tipo 2 per tachicardia, febbre, ipossia e variazioni del tono vasale; in tal caso è lo stato settico, la causa sottostante alla necrosi miocardica influenza-relata. È stato tuttavia ipotizzato come l'influenza attraverso plurimi meccanismi possa indurre o facilitare i fenomeni occlusivi su

placche aterosclerotiche subcritiche preesistenti. In seguito al rilascio di citochine infiammatorie, la sindrome influenzale può favorire l'innescio di uno stato protrombotico, facilitando l'attivazione piastrinica e la disfunzione endoteliale. Contemporaneamente, l'attivazione simpatica e l'aumentata concentrazione di catecolamine endogene determinano una risposta cardiovascolare iperdinamica e variazioni del tono vasale sistemico e coronarico, con conseguente vasocostrizione.

La vasocostrizione coronarica causa restringimento del lume vasale e, per aumento dello stress frizionale (*shear stress*), ulteriore attivazione piastrinica. A ciò si aggiungono poi le modificazioni dello stato volemico, quali ipovolemia o ipervolemia. Tutti questi fattori contemporaneamente sono responsa-

bili di un aumentato stress biomeccanico su placche coronariche aterosclerotiche preesistenti che ne facilitano la rottura.

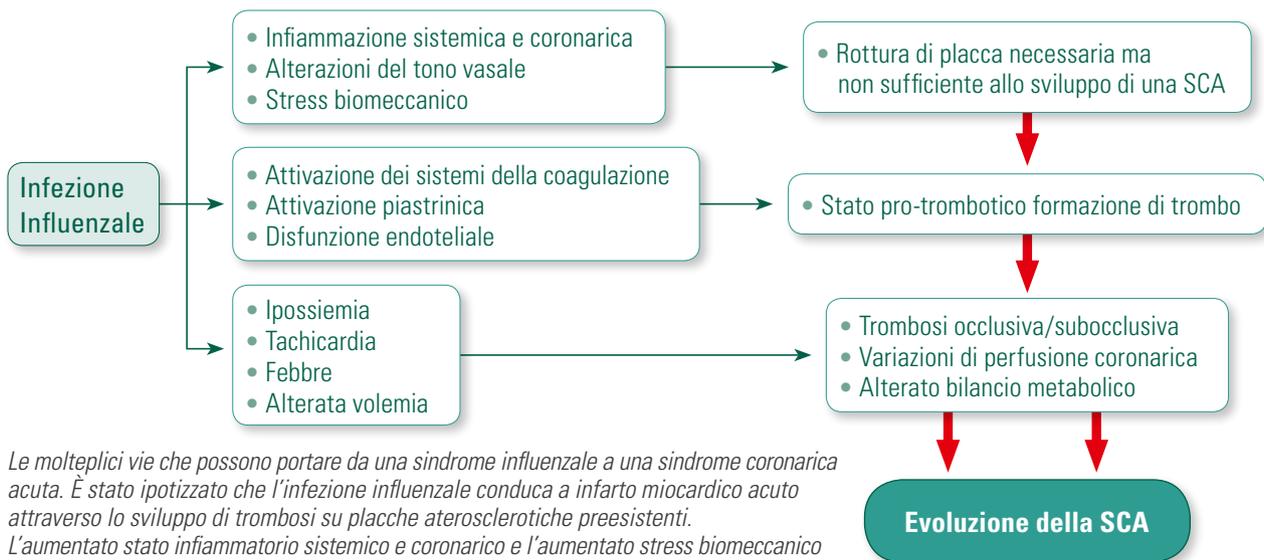
L'infezione influenzale, oltre ad indurre una risposta infiammatoria sistemica, sembrerebbe avere un effetto infiammatorio diretto sulla placca aterosclerotica e sulle arterie coronarie, come evidenziato sperimentalmente in modelli murini. Nello specifico, è stato osservato come in topi apolipoproteina E knockout, modello animale utilizzato per lo studio dell'aterosclerosi, l'infezione con virus influenzale induce nelle placche aterosclerotiche preesistenti infiammazione acuta, proliferazione di cellule muscolari lisce e deposizione di fibrina, mostrando un'evoluzione istopatologica simile a quella delle lesioni culprit di una SCA 15 (*figura 1*).

► Vaccinazione influenzale

Evidenze "indirette" di un possibile nesso di associazione tra influenza e IMA derivano da studi che mostrano come la vaccinazione influenzale sia efficace nella prevenzione della cardiopatia ischemica. Questo, oltre a rafforzare la causalità tra i due fattori, evidenzerebbe l'importante ripercussione clinica dall'associazione. I risultati di alcuni studi osservazionali mostrano come l'efficacia protettiva della vaccinazione influenzale da nuovi eventi coronarici in prevenzione secondaria sia compresa tra il 19% e il 45%. Questo è un intervallo di efficacia sostanzialmente simile a quello ottenuto con altre misure di prevenzione cardiovascolare ampiamente accettate nella pratica clinica, tra cui la cessazione dell'abitudine tabagica (intervallo di efficacia stimato dal

Figura 1

Influenza e sindrome coronarica acuta: plausibilità biologica di un nesso causale



Le molteplici vie che possono portare da una sindrome influenzale a una sindrome coronarica acuta. È stato ipotizzato che l'infezione influenzale conduca a infarto miocardico acuto attraverso lo sviluppo di trombosi su placche aterosclerotiche preesistenti. L'aumentato stato infiammatorio sistemico e coronarico e l'aumentato stress biomeccanico facilitano la rottura di placche aterosclerotiche preesistenti, con esposizione del sottostante materiale trombogenico. A ciò si aggiungono l'aumentata attivazione piastrinica, fenomeni di disfunzione endoteliale e lo squilibrio del sistema emocoagulativo a favore dei fattori pro-coagulanti con conseguente formazione di trombo occlusivo o sub-occlusivo. Inoltre, l'infezione acuta causa tachicardia, ipossia, febbre e alterazioni dello stato volemico. Questo contribuisce all'evoluzione della sindrome coronarica acuta poiché aumenta la domanda metabolica e accentua la discrepanza tra richiesta e apporto di ossigeno.

32% al 43%), la terapia antipertensiva (intervallo di efficacia dal 17% al 25%) e l'impiego di statine (intervallo di efficacia dal 19% al 30%).

Sulla base di quest'analisi, noi possiamo pertanto dedurre che sia altamente probabile che l'influenza abbia un ruolo causale nell'innescare una SCA. Tuttavia, nell'era della medicina basata sull'evidenza mancano elementi fondamentali per la sua effettiva dimostrazione, ossia dati forti derivati da trial clinici prospettici randomizzati. Queste sindromi comunque sono multifattoriali, e nessun fattore può considerarsi esso stesso un elemento causale assolutamente necessario e sufficiente.

Pertanto, l'infezione acuta deve essere vista come un componente di un insieme di cause in cui complesse interazioni con altri fattori determinano lo sviluppo di un evento coronarico. In attesa di risultati forti, ci sentiamo comunque di incoraggiare l'impiego della vaccinazione come misura preventiva nei confronti della cardiopatia ischemica considerato nel complesso il suo favorevole profilo di costo-efficacia e di sicurezza.

► Argomentare la causalità

Sulla base delle evidenze disponibili, il nesso di causalità non può definirsi certo, ma perlomeno altamente probabile. Esiste una forza di associazione, poiché alcuni dati, seppur osservazionali, dimostrano che la sindrome influenzale è associata con un aumento del rischio di SCA; tale aumento è transitorio e più alto nei primi giorni dopo l'infezione; si evidenzia pertanto una relazione temporale. Esiste un principio di consistenza poiché molti studi anche se differenti perché condotti su popolazioni eterogenee usando diversi disegni e diversi metodi di analisi statistiche, sono globalmente coerenti nei risultati.

È rispettato un principio di coerenza: la possibilità che l'influenza inneschi una SCA concorda con i dati scientifici attuali secondo cui entrambe le condizioni hanno la stessa stagionalità (picco invernale), si manifestano in persone con caratteristiche simili (soggetti a più alto rischio), ed entrambe mostrano una via fisiopatologica simile nei sistemi dell'immunità, della coagulazione e in quelli vascolari. Esiste un principio di analogia, secondo cui le infezioni acute possono innescare altri eventi vascolari come l'ictus in modo analogo alle SCA e, in analogia, le SCA possono essere innescate da altre situazioni o eventi stressanti. Esiste una forte plausibilità biologica. Tuttavia, sebbene un legame causale ideale dovrebbe consistere in una relazione univoca tra uno specifico fattore e un determinato esito (principio di specificità), questo criterio è raramente incontrato anche in altre relazioni causali già ampiamente accettate, come ad esempio consumo di tabacco e sviluppo di tumore polmonare. Pertanto, alla luce delle altre caratteristiche di associazione, la sua assenza di per sé non sarebbe sufficiente a squalificare la nostra argomentazione.

► Conclusioni

Il gran numero di lavori pubblicati suggerisce come diverse infezioni virali e batteriche, acute o croniche, possano essere associate ad un aumentato rischio di IMA. Perché l'influenza rimane un focus potenziale di particolare importanza? Da una parte l'influenza è una delle più frequenti infezioni respiratorie, dall'altra è il solo virus respiratorio per cui è possibile realizzare un'efficace profilassi con la vaccinazione. Sulla base di quest'analisi, noi possiamo pertanto dedurre che sia altamente probabile che l'influenza abbia un ruolo

causale nell'innescare una SCA.

Tuttavia, nell'era della medicina basata sull'evidenza mancano elementi fondamentali per la sua effettiva dimostrazione, ossia dati forti derivati da trial clinici prospettici randomizzati. Queste sindromi comunque sono multifattoriali, e nessun fattore può considerarsi esso stesso un elemento causale assolutamente necessario e sufficiente.

Pertanto, l'infezione acuta deve essere vista come un componente di un insieme di cause in cui complesse interazioni con altri fattori determinano lo sviluppo di un evento coronarico. Nonostante poi ci siano evidenze che supportino il ruolo della vaccinazione influenzale per la prevenzione della cardiopatia ischemica, in ambito clinico la vaccinazione non è considerata una misura preventiva prioritaria. In effetti, pur essendo raccomandata da molte Linee Guida in diverse categorie di pazienti a rischio, i tassi di vaccinazione rimangono bassi.

In tale contesto, in attesa di risultati forti, ci sentiamo comunque di incoraggiare l'impiego della vaccinazione come misura preventiva nei confronti della cardiopatia ischemica, considerato nel complesso il suo favorevole profilo di costo-efficacia e di sicurezza. In ambito clinico questo richiede sensibilizzazione perché ci sia un cambiamento del paradigma che vede spesso la vaccinazione influenzale come semplice misura preventiva nei confronti del solo quadro infettivo piuttosto che una strategia preventiva addizionale cardiovascolare.

• *Relazione tenuta da Raffaele De Caterina, Cattedra di Cardiologia, Università degli Studi di Pisa al Congresso "Conoscere e Curare il Cuore" Coordinamento Francesco Prati, Presidente Centro Lotta contro l'Infarto, Fondazione onlus (Firenze 28/2-3.3.2019).*

Bibliografia disponibile a richiesta

Sindrome di Brugada: fisiopatologia, elettrogenesi e principi di trattamento

La sindrome di Brugada rientra tra le patologie dei canali ionici ed è un'entità nosologica particolarmente interessante per i progressi della diagnostica cardiologica molecolare.

È caratterizzata da una storia clinica di sincopi o arresto cardiocircolatorio e morte improvvisa, in assenza di cardiopatia strutturale e angina vasospastica

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**²

Massimo Errico³, **Giuseppe Di Pumpo**⁴

Gianluigi Vendemiale⁵

Angelo Benvenuto⁶

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

¹Dirigente Medico SC Medicina Interna

²Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC

⁶Direttore SC Medicina Interna

Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli"

Acquaviva delle Fonti (BA)

³Direttore SC Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

⁴Direttore SC Pronto Soccorso

AOU "Ospedali Riuniti" Policlinico di Foggia

⁵Direttore Dipartimento Internistico

Caso clinico

Un quarantenne professionista molto impegnato per il lavoro e con scarsa propensione alla prevenzione (non aveva mai fatto neppure un ECG!), giunge al pronto soccorso a causa di una sincope. L'esame obiettivo generale e per apparati risulta nei limiti della norma. L'ECG è perfettamente normale. Raccogliendo l'anamnesi, che per il resto è completamente negativa, si scopre che il paziente soffre da vari anni di sincopi, cui nessuno, lui compreso, aveva mai dato importanza. Dopo aver eseguito alcune preliminari indagini laboratoristico-strumentali, il paziente viene ricoverato in Medicina Interna per approfondimento diagnostico. Nello stesso giorno del ricovero, il paziente diventa febbrile e nella giornata successiva presenta un ennesimo episodio sincopale. L'ECG mostra un pattern Brugada tipo 1, per cui il paziente viene trasferito in Cardiologia.

Nei giorni seguenti le alterazioni ECGrafiche si attenuano significativamente e dopo sei giorni l'ECG risulta perfettamente normale. Si decide di eseguire uno studio elettrofisiologico endocavitario (SEE) che induce una fibrillazione ventricolare che viene interrotta con DC-shock. A questo punto si opta, d'accordo con il paziente, per l'impianto di un defibrillatore automatico impiantabile (ICD). Pesano sulla scelta l'ECG basale con pattern Brugada, le sincopi recidivanti e lo studio elettrofisiologico endocavitario (SEE) positivo.

► Introduzione

La sindrome prende il nome da un lavoro del 1992 di P. Brugada e J. Brugada che descrissero otto casi con arresto cardiaco resuscitato, privi di cardiopatia e con blocco di branca destra associato a sopraslivellamento del tratto ST in V₁-V₃ all'ECG. Analoga segnalazione in realtà era stata fatta precedentemente su un nu-

mero più limitato di casi da Martini B, Nava A e coll e da Proclemer e coll. Più specificatamente, la sindrome di Brugada è classificata come malattia familiare a trasmissione autosomica dominante e a penetranza incompleta, ed è caratterizzata da un sopraslivellamento ST >2 mm con un tratto ST convesso e onda T negativa in più di una derivazione precordiale anteriore (V₁-V₃) e da

episodi di sincope o arresto cardiaco (AC) causato da TV (tachicardia ventricolare) polimorfa e morte improvvisa, in assenza di cardiopatia strutturale.

L'arresto cardiaco si può verificare durante il sonno o essere indotto da stati febbrili. L'esordio avviene intorno ai 40 anni e il sesso maschile è molto più colpito rispetto a quello femminile. Si ritiene che la prevalenza attuale nei Paesi occidentali sia di 1-5/10.000; più alta la prevalenza nei paesi orientali, 1/2500. In effetti la malattia sembra predominare nelle popolazioni del Sud Est Asiatico. In questi Paesi viene descritta una sindrome simile a quella di Brugada, chiamata SUNDS (*Sudden Unexplained Nocturnal Death Syndrome*), in cui sono state osservate analoghe mutazioni del gene SCN5A (vedi oltre).

Le morti improvvise notturne assumono il nome di "lai tai" (morte durante il sonno) in Thailandia, ove la sindrome costituisce la causa più frequente di morte improvvisa tra i giovani, e "bangungut" (alzarsi, lamentarsi durante il sonno e

poi morire) nelle Filippine. In Giappone la sindrome assume il nome di "pukkuri" (morte cardiaca improvvisa inattesa notturna) e l'incidenza è di 5-66 eventi per 100.000 persone.

► Analisi genetica e diagnosi clinico-strumentale

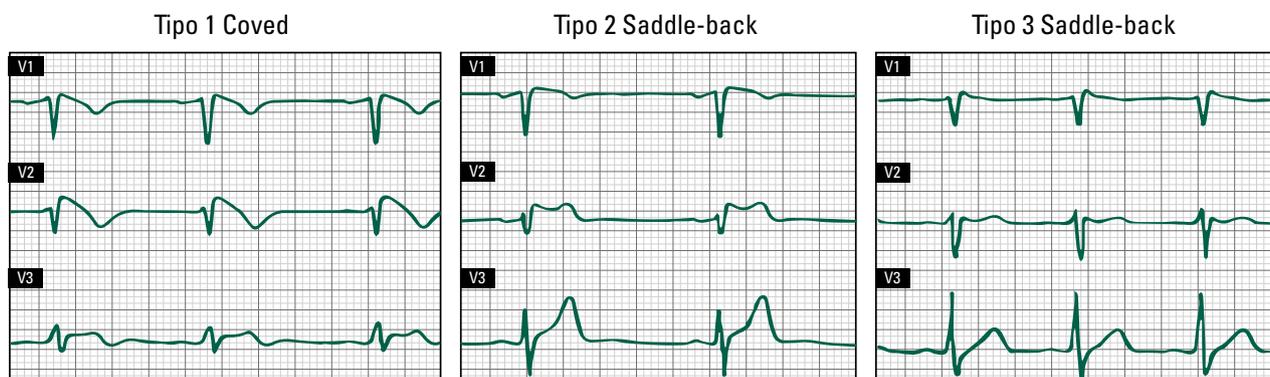
La sindrome di Brugada è una patologia correlata con un difetto di funzione della subunità alfa del canale del sodio legato a un'alterazione del gene SCN5A (situato sul cromosoma 3), lo stesso implicato anche nella variante 3 della sindrome del QT lungo (LQTS3) e nella malattia di Lenègre. L'interessamento del gene SCN5A porta non a riduzione, ma ad aumenti della corrente I_{Na} . L'inattivazione di I_{Na} viene ritardata e una quota di essa si mantiene durante la fase 2 di *plateau* del potenziale d'azione, sufficiente ad allungare la durata del potenziale e il QT dell'ECG. Mutazioni di SCN5A sono state individuate nel 42% di 200 pazienti con sindrome di Brugada provenienti da

130 famiglie. Oltre alla corrente I_{Na} è stata anche prospettata l'importanza della corrente I_{to} (*transient outward*); questa corrente diretta verso l'esterno si rende responsabile della incisura del potenziale d'azione che nella fase 1 della ripolarizzazione assume l'aspetto a punta e cupola ("spike and dome"). La perdita di questo aspetto nei miociti epicardici, ma non di quelli endocardici nel tratto di efflusso del ventricolo destro, genererebbe un gradiente di voltaggio transmurale responsabile della dispersione della ripolarizzazione e della comparsa di un tratto ST sopraslivellato nelle derivazioni precordiali destre V_1 - V_3 . Le tachicardie ventricolari polimorfe maligne proprie della sindrome di Brugada sarebbero a loro volta innescate da oscillazioni del potenziale durante la ripolarizzazione (post-depolarizzazioni precoci).

Il quadro ECG tipico (figura 1) è il tipo 1, caratterizzato nelle derivazioni precordiali destre (V_1 - V_3) da: **a.** BBD (blocco di branca destra) completo o incompleto;

Figura 1

ECG nella sindrome di Brugada



b. ST sopraslivellato (>2 mm), convesso (*coved*) o "a tenda" che ha tipicamente un andamento discendente, seguito da onda T negativa;

c. intervallo QTc normale, <0.44 secondi.

In alternativa, l'alterazione dell'ST può essere concava o "a sella" (*saddle back*), nel tipo 2 e 3 che si differenziano per entità del sopraslivellamento (rispettivamente > o <1 mm), con variabilità spontanea (o inducibile con farmaci antiaritmici di classe I) dal tipo 2 al tipo 1 (*figura 1*).

È diagnostico solo il tipo 1 che ha una prevalenza di circa lo 0.1% nella popolazione generale. I tipi 2 e 3 assumono significato solo se si alternano in tracciati diversi al tipo 1 o se vengono trasformati in tipo 1 da farmaci inibitori dei canali del Na⁺ (flecainide, ecc.); in caso contrario, vanno considerati aspecifici e non permettono alcuna diagnosi.

La diagnosi di sindrome di Brugada è basata dunque sull'associazione del quadro ECG con la sintomatologia (aritmica e/o sincope); in assenza di sintomatologia si parla di "quadro ECG tipo Brugada", a prognosi in genere favorevole.

► Considerazioni terapeutiche e conclusioni

- I pazienti sintomatici con quadro elettrocardiografico tipico della sindrome di Brugada sono a rischio elevato di morte improvvisa e devono essere trattati con ICD (*Implantable Cardioverter Defibrillator*, defibrillatore cardiaco impiantabile), meglio se bicamerale, perché non sono infrequenti fibrillazione atriale e

bradiaritmie. È possibile infatti che la patologia dei canali del sodio coinvolga non soltanto i miociti ventricolari, ma anche quelli atriali. In effetti la vulnerabilità atriale è stata riscontrata aumentata in questi pazienti e una FA spontanea è stata rilevata nel 39% dei soggetti con il quadro clinico della sindrome di Brugada.

- I pazienti asintomatici dovrebbero essere sottoposti a studio elettrofisiologico. In caso di induzione di aritmie sostenute/FV (fibrillazione ventricolare), l'impianto di ICD secondo Brugada deve essere ritenuto appropriato. Gli autori hanno riscontrato una positività del 70% nei pazienti sintomatici, contro il 34%

negli asintomatici. Il 28% dei soggetti inducibili è andato incontro a FV spontanea, contro il 2% dei non-inducibili. L'utilità della stimolazione ventricolare programmata per la stratificazione del rischio è stata però messa in dubbio da altri. L'appropriato trattamento dei pazienti asintomatici rimarrebbe quindi elusivo, per cui essi vanno osservati con cura, soprattutto in presenza di fattori predittivi di rischio, pronti ad intervenire con ICD se diventano sintomatici.

- La sindrome può attraversare infine fasi transitorie di normalizzazioni, eventualmente smascherati con farmaci bloccanti i canali del Na⁺ (flecainide, procainamide, ecc.).

Bibliografia

- Ajiro Y et al. Assessment of markers for identifying patients at risk for life-threatening arrhythmic events in Brugada syndrome. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2005; 16(1): 45-51.
- Alings AM et al. Brugada syndrome. Clinical data and suggested pathophysiological mechanisms. *Circulation* 1999; 99: 666-73.
- Antzelevitch C. et al *Brugada Syndrome: Report of the second consensus conference. Heart Rhythm* 2005; 2: 429-440.
- Antzelevitch C et al. The Brugada syndrome: ionic basis and arrhythmia mechanisms. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2001; 12: 268-72.
- Brugada P et al. Natural history of Brugada syndrome: the prognostic value of programmed electrical stimulation of the heart. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2003; 14(5): 455-7.
- Gasbarrini G. Trattato di Medicina Interna. Verduci Editore, Roma, 2011, pp. 782-84.
- Goldman L et al Goldman-Cecil. Medicina Interna. Edizioni Edra, Milano 2017, p. 372.
- Kasper DL et al. Harrison. Principi di Medicina Interna. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2017, pp. 2014-16.
- Oreto G. L'elettrocardiogramma: un mosaico a 12 tessere. Centro Scientifico Editore, Torino, 2009, pp. 207-19.
- Wilde AAM et al. Proposed diagnostic criteria for the Brugada syndrome. *Eur Heart J* 2002; 23: 1648-54.

Radiologia interventistica nel trattamento del tumore del polmone

Con la radiologia interventistica il trattamento del tumore del polmone non è più inteso come intervento sul singolo organo, ma la cura del paziente con neoplasia polmonare.

La scelta terapeutica viene personalizzata in modo da garantire la migliore terapia e salvaguardare la qualità di vita dei pazienti

Salvatore Alessio Angileri¹, Anna Maria Ierardi¹, Mario Petrillo¹, Gianpaolo Carrafiello^{1,2}

L'incidenza del tumore polmonare è in continuo aumento e rimane la causa primaria di morte per neoplasia nei paesi industrializzati. Ci sono due forme principali di tumori primitivi polmonari: il tumore a piccole cellule (SCLC) ed il tumore non a piccole cellule (NSCLC). Il fumo di tabacco costituisce il più importante fattore di rischio e si ritiene sia responsabile dell'85% dei casi osservati. Ulteriori fattori di rischio sono l'inquinamento atmosferico e l'esposizione ad agenti tossici di origine industriale.

La diagnosi avviene solitamente sulla base di una radiografia del torace e di un successivo esame TC, anche se una parte dei pazienti presenta già all'esordio sintomi secondari a una diffusione metastatica di malattia.

La prognosi del paziente con tumore del polmone dipende dallo stadio della malattia alla diagnosi.

Il sistema ormai validato da tutte le società scientifiche si basa sulla classificazione TNM che definisce i IV stadi di malattia in base alla combinazione dei tre parametri principali: l'estensione del tumore primario (fattore T), il coinvolgimento linfonodale (fattore N) e le

metastasi a distanza (fattore M). I trattamenti attualmente disponibili sono la resezione chirurgica, la radioterapia, l'ablazione e la chemioterapia oppure una combinazione di questi.

► Indicazioni alla radiologia interventistica

I pazienti con malattia in stadio I e II sono considerati potenziali candidati alla chirurgia. Tuttavia, la maggior parte dei pazienti presenta una funzionalità polmonare limitata oppure, a causa di altre comorbidità, non sono in grado di tollerare un intervento chirurgico.

Questi pazienti ad alto rischio sono candidabili a trattamenti quali la radioterapia

oppure l'ablazione a scopo curativo. Negli stadi avanzati il trattamento chemio-immunoterapico può essere coadiuvato dall'ablazione per migliorare la sopravvivenza, come dimostrato da recenti studi scientifici.

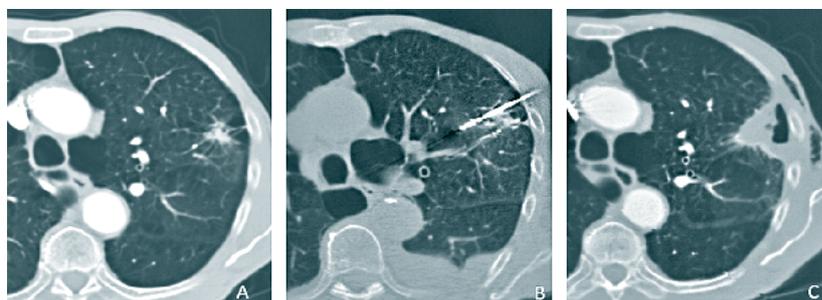
Le tecniche ablative, inoltre, trovano indicazione nel trattamento delle recidive locali dopo chirurgia o radioterapia.

► Tecniche ablative

Il radiologo interventista mediante guida radiologica (TAC/fluoroscopica) posiziona l'ago/antenna all'interno del tessuto bersaglio generalmente con supporto anestesiológico in sedazione (figura 1).

Figura 1

Procedura completa di termo-ablazione per tumore polmonare



L'immagine TC documenta la presenza di tumore polmonare (A); sotto guida TC viene posizionata antenna per termo-ablazione con MW (B); controllo TC eseguito alla fine della procedura che conferma completa copertura della lesione (C)

ASST Santi Paolo Carlo Presidio San Paolo
Università degli Studi di Milano

¹Radiologia Diagnostica ed Interventistica

²Direttore Radiologia Diagnostica Interventistica,
Prof. Ordinario di Radiologia
Università degli Studi di Milano

Attualmente tra le tecniche ablativo più diffuse riconosciamo la radiofrequenza, la crioablazione e le microonde.

- **Radiofrequenza:** mediante un circuito elettrico distrugge il tessuto target riscaldando le cellule con temperature oltre i 60° per ottenere un'irreversibile denaturazione delle proteine.

- **Crioablazione:** determina la formazione di cristalli di ghiaccio intracellulari e extracellulari. Il tessuto bersaglio è quindi riscaldato attraverso un'agitazione ionica e garantisce una morte cellulare quasi immediata. L'altro effetto sul tessuto è la nucleazione del ghiaccio extracellulare, disidratazione delle cellule dopo l'aumento di osmolarità nel comparto extracellulare.

- **Microonde:** riscaldamento citotossico ottenuto attraverso la rapida rotazione delle molecole d'acqua; rispetto alla tecnica di radiofrequenza, presenta alcuni vantaggi come una minore dissipazione del calore e un riscaldamento maggiore e più veloce. I risultati clinici attualmente disponibili sulla sopravvivenza dipendono dallo stadio di malattia all'esordio. Nei pazienti selezionati con stadio precoce le tecniche ablativo sono comparabili alla chirurgia in termini di sopravvivenza.

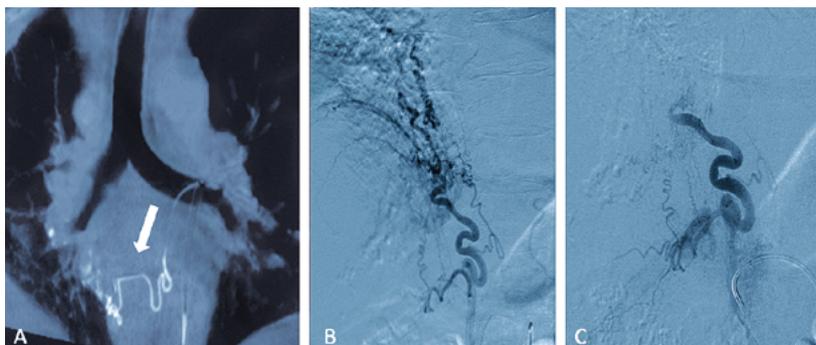
Le diverse tecniche presentano risultati simili negli studi a breve termine; tuttavia i risultati nel follow-up a lungo termine sono ancora scarsi.

► Complicanze

Le procedure ablativo sono generalmente definite come sicure con un tasso di mortalità molto basso (0-5%). Le complicanze minori più frequenti sono la soffiatura pleurica, lo pneumotorace e il sanguinamento. Queste vengono gestite generalmente durante il regime di ricovero senza sequele per il paziente.

Figura 2

Embolizzazione per emottisi in tumore del polmone



Uomo di 67 anni con noto tumore del polmone, che presentava importante emottisi severa: ricostruzione TC che documenta ipertrofia della a. bronchiale dx afferente la sede del tumore (A, freccia); l'angiografia eseguita dopo cateterismo selettivo di tale arteria che conferma la presenza di neocircoli patologici (B); l'angiografia dopo embolizzazione endovascolare mostra la chiusura dei circoli patologici (C).

► Trattamenti palliativi

Negli stadi avanzati la radiologia interventistica svolge un ruolo determinante nella cura palliativa.

In particolare, la neoangiogenesi tumorale può determinare la formazione di vasi esuberanti adiacenti ai rami bronchiali che spesso portano ad emottie. Il trattamento in caso di sanguinamenti abbondanti è l'embolizzazione superselettiva dei rami afferenti alla neoplasia mediante tecniche di radiologia interventistica (figura 2).

La massa tumorale può inoltre determinare effetti compressivi sulle strutture mediastiniche e in questo caso identificare per esempio la sindrome della cava (turgore delle giugulari, gonfiore ed edema)

Il trattamento radiologico mini-invasivo consiste nel posizionare uno stent venoso per ripristinare la pervietà della vena cava stessa compressa dalla massa polmonare.

Un ulteriore trattamento palliativo consiste nel management del dolore. Infatti, l'estensione della neoplasia alla parete toracica, alle strutture nervose ed osse, determina intenso do-

lore che in alcuni casi resiste al trattamento farmacologico.

Il radiologo interventista può ridurre il volume della massa con le tecniche ablativo e denervare le aree dolorose coinvolte dall'invasione tumorale.

► Conclusioni

Dalle recenti applicazioni della radiologia interventistica il trattamento del tumore del polmone non è più inteso come trattamento del singolo organo ma come cura del paziente affetto da neoplasia polmonare. La scelta terapeutica è affidata ad un team multidisciplinare ed è personalizzata per ciascun paziente in modo tale da garantire la migliore terapia oncologica disponibile e salvaguardare la qualità di vita dei pazienti affetti.



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

Alfabetizzazione sanitaria dei pazienti in MG

Un basso livello di alfabetizzazione genera importanti ripercussioni sulla salute. Questa ricerca ne descrive i livelli in una popolazione afferente a uno studio di Medicina Generale, individuando anche semplici strategie comunicative da attuare quotidianamente per incrementarne i livelli

Serena Bonaldo - Infermiera

Giuseppe Maso - Medico di famiglia, Prof. di Medicina di Famiglia, Università di Udine

L'alfabetizzazione sanitaria è la capacità degli individui di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e i servizi necessari per poter prendere decisioni adeguate sulla propria salute.¹ Il fenomeno dell'alfabetizzazione sanitaria è stato studiato diffusamente in diversi Paesi, e sempre sono stati riscontrati livelli di *health literacy* piuttosto bassi.² I dati nazionali indicano che più di un terzo degli adulti statunitensi, stimati in 80 milioni di persone, ha un livello limitato di alfabetizzazione sanitaria. Anche in altri paesi del mondo, come nelle popolazioni ispaniche (66%), nere (58%) e dell'Alaska (48%) è stato riscontrato un livello di alfabetizzazione sanitaria limitata.³ In Europa e ancor più in Italia, gli studi risultano essere ancora piuttosto scarsi e da questi emerge che in l'Italia i livelli di alfabetizzazione sono tra i più bassi configurando il fenomeno come allarme sociale.^{4,9} Tutti gli studi evidenziano come un basso livello di alfabetizzazione abbia ripercussioni significative sulla vita quotidiana delle persone: favorisca uno stato di salute precario, causi una minore comprensione delle informazioni sanitarie, diminuisca l'aderenza terapeutica e conduca a un aumento di comportamenti non salutari come fumare, consumare bevande alcoliche, non praticare attività fisica e non controllare il peso corporeo.⁴ Un livello di alfabetizzazione

inadeguato è correlato ad un maggior tasso di ospedalizzazione e ad un uso maggiore, da parte della popolazione, dei servizi d'emergenza.⁵

► Lo studio

L'obiettivo dello studio è quello di descrivere i livelli di alfabetizzazione sanitaria nella popolazione afferente a uno studio di un medico di medicina generale, nella provincia di Venezia e di individuare delle semplici strategie comunicative da attuare quotidianamente nella pratica clinica al fine di incrementarne i livelli.

I livelli di alfabetizzazione sanitaria sono stati rilevati attraverso la somministrazione di un questionario comprensivo di due test (allegato 1). La raccolta dei dati è avvenuta nei mesi di agosto e settembre 2018.

► **Il Single Item Literacy Screener (SILS)**⁶ uno strumento di rilevazione soggettiva che prevede una domanda: "Quante volte ha bisogno di qualcuno che la aiuti quando legge istruzioni, opuscoli o altro materiale scritto, dato dal suo medico o dal farmacista?". La valutazione prevede un punteggio da 1 a 5 (1: mai, 2: raramente, 3: qualche volta, 4: spesso, 5: sempre). Questo strumento permette di identificare le persone adulte che necessitano di aiuto nella comprensione di informazioni relative a materiale scritto di natura medico-sanitaria.

► **L'Italian Medical Term Recognition Test (IMETER)**⁷ strumento di rilevazione oggettiva, versione validata in italiano del test Medical Term Recognition Test (METER), sviluppato negli Stati Uniti. È uno strumento auto-somministrabile, che richiede circa due minuti, e comprende un elenco di 70 vocaboli, fra cui 40 vocaboli di uso medico e 30 che invece non lo sono. Il punteggio, ottenuto in base al numero di vocaboli medici correttamente riconosciuti, permette di determinare il livello di *health literacy*, secondo le seguenti fasce di punteggio: pt. 0-20 livello critico, pt. 21-34 livello marginale, pt. >35 livello funzionale.

► Risultati

• Il campione

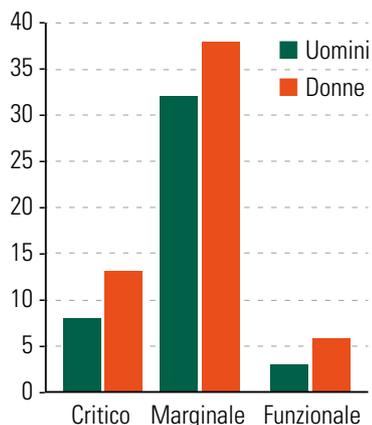
Il campione preso in esame era costituito da 61 uomini e 83 donne, per un totale di 144 pazienti. Questi sono poi stati suddivisi in fasce di età: 18-40 anni (25%), 41-64 anni (45.2%) e >65 anni (29.9%). Nel campione preso in esame, la nazionalità prevalente è risultata essere quella italiana con un 74.4%.

• Test IMETER

I punteggi del test hanno individuato che il livello di alfabetizzazione sanitaria prevalente nei pazienti del campione è quello marginale (70.1%), seguito dal livello critico (21.1%) e da

Figura 1

Test IMETER: risultati (età e sesso)



una minoranza con un livello funzionale (8.8%). Quindi: bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria.

Le persone con età maggiore di 65 anni e quelle con un basso grado di istruzione, ottengono, generalmente, punteggi di alfabetizzazione sanitaria più bassi, rispetto alle persone più giovani e con grado di istruzione più elevato (figura 1).

• Test SILS

I dati analizzati hanno evidenziato che il 39% dei pazienti ha risposto "mai", il 26.2% ha risposto "rara-

mente", il 28.4% ha risposto "qualche volta", il 5% dei pazienti ha risposto "spesso" e l'1.4% ha risposto "sempre". Dati che, risultano essere in contrasto con quelli emersi con il test IMETER che invece evidenzia nello stesso campione bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria.

Le fasce d'età più giovani (18-40 anni e 41-64 anni) e le persone con un alto grado di istruzione dichiaravano una minore necessità di aiuto (figura 2).

► Conclusioni

L'alfabetizzazione sanitaria va migliorata attuando interventi di promozione della salute che rispondano alle esigenze culturali e linguistiche della popolazione.³ Importante è l'adozione di semplici strategie comunicative,³ verbali e non, da utilizzare quotidianamente, per creare una più efficace relazione terapeutica operatore sanitario-paziente come:

- utilizzare un linguaggio semplice con parole comuni e se nel colloquio si utilizzano dei termini medici è necessario spiegarne il significato;
- parlare lentamente, semplificando le informazioni in singole frasi;
- focalizzarsi su non più di tre "messaggi chiave" per ogni incontro;
- esprimere le probabilità in termini

di frequenze naturali (per esempio 1 persona su 20, anziché il 5% della popolazione);

- usare scritti, come opuscoli informativi, con pochi concetti espressi in un lessico semplice. Illustrazioni e immagini facilitano l'apprendimento. Nei pazienti in cui sono stati effettuati tali interventi, il tasso di compliance è risultato essere del 16% più alto, rispetto ai pazienti in cui gli interventi di alfabetizzazione non sono stati attuati.⁸

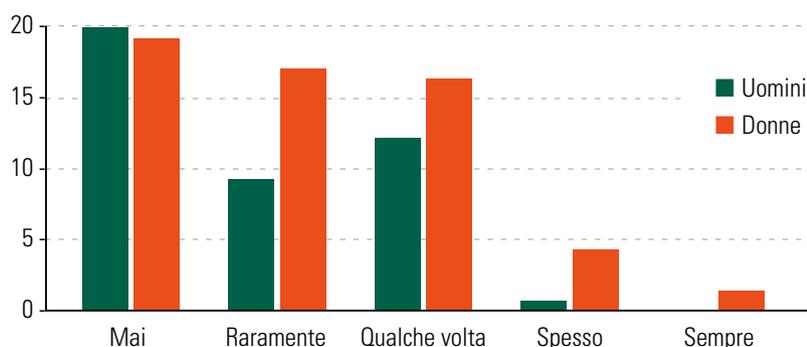
• Questo articolo sarà pubblicato anche in *Italian Journal Of Primary Care*

Bibliografia

1. Sørensen K, Van den Broeck S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health* 2012; 12: 80.
2. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 2015; 25: 1053-58.
3. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician* 2015; 92: 118-24.
4. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P et al. The Italian Health Literacy Project: insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy* 2016; 120: 1087-94.
5. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect* 2008; 11: 113-22.
6. Bonaccorsi G, Grazzini M, Pieri L et al. Assessment of Health Literacy and validation of single-item literacy screener (SILS) in a sample of Italian people. *Annali ISS* 2017; 53: 205-12.
7. Biasio LR, Corbellini G, D'Alessandro D. An Italian validation of "meter", an easy-to-use Health Literacy (hl) screener. *Annali di Igiene: medicina preventiva e di comunità* 2017; 29: 171-8.
8. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2016; 99: 1079-86.
9. Maso G, Marsilio A, Bonfiglio C et al. La persona con disagio cognitivo nello studio del medico di famiglia. *M.D. Medicinae Doctor* 2004, 31: 14-16.

Figura 2

Test di SILS (%): risultati (necessità di aiuto)



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare il questionario anonimo per la rilevazione dei livelli di health literacy nei pazienti

La compassione come competenza

Discusse le possibili motivazioni della scelta di una professione di aiuto, si definisce la compassion competency illustrandone i connotati psicologici e manageriali e i risvolti in ambito formativo

Stefano Alice*, **Fabiana Ciullo****, **Mara Fiorese***, **Artiola Islami***, **Maurizio Ivaldi***

**Medicina Generale, Genova; **Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova*

// *Qui, a qualsiasi ora tu venga, troverai chiarimenti e aiuto e gentilezza umana".*

Lo scrisse all'ingresso dell'Ospedale, che fondò nel Gabon, Albert Schweitzer (1875-1965), il teologo luterano, organista di talento ed apprezzato musicologo, che per mettere in pratica le sue idee sulla compassione e sul rispetto della vita, si laureò in medicina a Parigi, si specializzò in Malattie Tropicali, si impraticò di Chirurgia e si fece missionario per il resto della sua lunga vita, così come sua moglie Hélène, divenuta infermiera per aiutarlo; Einstein lo definì l'uomo più buono del mondo; fu insignito del Premio Nobel per la pace.

Un grande medico, uno straordinario esempio di determinazione e di generosità, una chiara motivazione della scelta professionale: l'amore per il prossimo e la cura dei più deboli.

► È sempre così?

Possiamo dare per scontato che chi sceglie una delle professioni che ha a che fare con la salute della gente sia una persona compassionevole?

È il desiderio di alleviare la sofferenza altrui, è il benessere degli altri la molla che spinge un giovane a

diventare medico o psicologo o infermiere od ostetrico, o fisioterapista o logopedista?

In realtà i motivi che possono spingere a intraprendere una professione di aiuto sono molti e possono essere indipendenti dalla compassione.

C'è chi si iscrive a Medicina per acquisire una laurea che pensa gli garantirà rapidità di impiego, buoni guadagni e prestigio, chi per scoprire i segreti del corpo umano, chi per il fascino intellettuale di una professione che permette di investigare sulle cause di una malattia sino a scoprirle, chi perché, attratto dalle applicazioni tecnologiche, chi per tradizione familiare.

La nostra esperienza in materia deriva essenzialmente da osservazioni compiute sui medici, perché storicamente a loro è stata affidata la cura dei pazienti, ma negli ultimi decenni svariate professioni sanitarie hanno acquisito un loro spazio nell'ambito della équipe sanitaria e contribuiscono alla relazione di cura in base alle rispettive competenze.

In generale possiamo dire che chi sceglie una professione di aiuto può farlo sia per motivazioni etero-centrate che auto-centrate.

Sono diversità di motivazione che a loro volta derivano principalmen-

te da differenze di personalità, educazione, valori, opinioni, atteggiamenti, percezioni e bisogni ma anche dalla storia personale e dalle pregresse esperienze, nonché dagli obiettivi e dalle aspettative futuri.

La motivazione è ciò che risulta da un insieme di motivi concomitanti che ci spingono ad agire, che sono alla base dei nostri comportamenti e che contribuiscono a spiegarne origine, intensità, persistenza e mutamenti.

La motivazione è la chiave per stimolare la produzione di risultati, perché assieme alle capacità ed al contesto di lavoro fa parte della triade da cui scaturisce la prestazione.

È assodato che la stessa scelta professionale nell'ambito della sanità viene compiuta per motivi diversi da persone molto differenti tra loro.

► Propensione alla compassione

Con queste premesse non ci deve sorprendere il fatto di trovarci di fronte a comportamenti professionali marcatamente difformi, che implicano diversità nell'impegno, nelle relazioni interpersonali e nelle performance.

La notevole disomogeneità della

qualità della relazione tra terapeuta e paziente è, almeno in parte, dipendente dal fatto che la stessa professione è svolta da persone con un grado di empatia molto differente e quindi con una diversa propensione alla compassione.

Non ci riferiamo, in questo caso, a tutte quelle situazioni in cui una cattiva relazione col paziente è dovuta ad "ostacoli situazionali", ossia a fattori indipendenti dal singolo terapeuta e neppure al fenomeno della "compassione fatigue", che riguarda quei professionisti la cui capacità di compassione (*compassion competency*) è stata erosa dal *burnout*.

- **La compassion fatigue** è una perdita di compassione secondaria ad un processo morboso mentre noi qui prendiamo in esame esclusivamente quei soggetti la cui scarsa compassione è primitiva, è a sé stante.

Il nostro studio verte su persone con *compassion competency* insufficiente perché la loro scelta professionale si deve a motivazioni auto-centrate.

- **La compassion competency** è una specifica qualità relazionale propria di un professionista della sanità, che consiste nel desiderio e nella capacità di tradurre l'insieme costituito dalle sue conoscenze teoriche, dalle sue abilità pratiche e dalle risorse contestuali a sua disposizione in una concreta attività di cura, che sia efficace nel ridurre la sofferenza del suo paziente, sentendosi gratificato per l'aiuto prestato (*compassion satisfaction*).

- L'importanza del concetto di **compassion satisfaction** è accresciuta dal fatto che le neuroscienze hanno dimostrato l'impossibilità di separare cognizione ed

emozione (*cogmotion*) e lo stretto intreccio tra funzionalità emotiva ed agire razionale.

Va sottolineato che una scarsa *compassion competency* si riflette negativamente anche sul clima lavorativo perché ostacola quei comportamenti di "cittadinanza organizzativa" (*pro-social organizational behaviour*), che sono caratterizzati da altruismo, coscienziosità, cortesia, spirito sportivo.

Al contrario una buona *compassion competency* influenza positivamente la qualità di vita dei professionisti della cura, perché ne aumenta la soddisfazione e la resilienza.

► Educazione alla relazione medico-paziente

La compassione non è soltanto un ideale, non è sentimentalismo è una componente essenziale della capacità comunicativa e relazionale e come tale ha connotati psicologici e manageriali.

Un comportamento compassionevole può essere insegnato ed appreso, favorito e stimolato perché, per quanto esistano dei meccanismi biologici che ci rendono sociali, la compassione non è innata ed immutabile.

La psicologia ci insegna come aumentare l'empatia, cioè la disponibilità e la capacità di mettersi nei panni dell'altro, e come facilitare il movimento interiore che dall'empatia porta alla compassione (*Compassionate Mind Training*).

Dal management apprendiamo che un comportamento compassionevole può essere incentivato attraverso rinforzi positivi ovvero con ricompense esterne (elogi, retribuzione, *fringe benefits*, avanza-

menti di carriera) e che, così facendo, si può supplire alla scarsa motivazione intrinseca con una estrinseca.

L'educazione alla relazione medico-paziente basata sulla compassione dovrebbe essere impartita nella formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie.

Sarebbe un buon modo per perseguire il raggiungimento di un obiettivo che è centrale per la formazione in ambito sanitario, quello di formare nello stesso tempo il professionista e la persona.

A questo riguardo va notato che mentre l'insegnamento della comunicazione è ormai abbastanza ben codificato, non è così per le altre componenti delle relazioni; sembra tuttavia che l'empatia, la capacità di giudizio e di regolazione emozionale degli studenti in medicina migliorino grazie alle cosiddette "Humanities" cioè alla letteratura, alla musica, al teatro ed alle arti visive, che sarebbero quindi pratiche affettivo-psicoterape.

Del resto già nel 1919 William Osler, il docente che ha rivoluzionato l'insegnamento della Medicina negli Stati Uniti, trattando sul *British Medical Journal* della cultura scientifica e di quella umanistica, le paragonò a bacche di caprifoglio cresciute sullo stesso stelo, sottolineando che ha danneggiato entrambe chi non le ha considerate complementari.

Bibliografia

* Alice S, Fiorese M, Ivaldi M. Il valore terapeutico della compassione. *M.D. Medicinae Doctor* 2016; n. 7: 44-46.

* Alice S, Fiorese M, Islami A, Ivaldi M. Il primato della compassione. *M.D. Medicinae Doctor* 2018; n. 6: 42-43.

Attività fisica del paziente diabetico

Il progetto del “Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie” basato sul counselling e attività fisica nel percorso terapeutico del DMT2 e che ha coinvolto anche Mmg ha dimostrato l’efficacia di tali strategie nel migliorare qualità di vita, self-management, riduzione dei costi

Un considerevole numero di studi sostiene il ruolo dell’esercizio fisico nella prevenzione e nel trattamento di molte patologie cronico-degenerative tra cui il diabete di tipo 2. L’inserimento di un programma di attività fisica adattata, all’interno di un percorso educativo strutturato volto a migliorare l’empowerment del diabetico che associ alla pratica di attività fisica anche uno specifico counselling motorio diviene, dunque, un vero e proprio strumento terapeutico, associato alla corretta alimentazione e al supporto farmacologico, ove richiesto.

Su queste basi il “Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie” ha avviato nel 2012 il progetto “Counseling motorio ed attività fisica quali azioni educativo-formative per ridefinire il percorso terapeutico e migliorare la qualità di vita del paziente con diabete mellito tipo 2”, coordinato dal Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Università degli Studi di Napoli “Parthenope”.

Il progetto si proponeva di realizzare un modello socio-assistenziale basato sull’introduzione di programmi di counselling motorio e attività fisica adattata nel percorso terapeutico di persone con diabete mellito tipo 2, di età compresa tra 50 e 70 anni, e senza patologie concomitanti gravi, reclutate dai medici di medicina generale.

Il progetto ha inteso anche promuovere nei soggetti reclutati la profonda comprensione degli effetti bene-

fici di una costante e duratura attività fisica migliorando l’empowerment del paziente diabetico e favorendo la fiducia nelle proprie attitudini a praticare attività fisica e contrastando eventuali impedimenti, così da migliorare la capacità fisica e la capacità respiratoria e ridurre il rischio di sviluppare patologie correlate (osteoporosi, deficit cognitivo, disabilità, depressione, ecc).

► Efficacia confermata dagli studi

Tre recenti pubblicazioni hanno confermato l’efficacia di questo modello, integrandolo anche con l’analisi di un intervento motivazionale nutrizionale, e la sua applicazione è risultata vantaggiosa in termini sia sanitari sia economici.

- Le conclusioni dello studio “Effects of nutrition motivational intervention in patients affected by type 2 diabetes mellitus: a longitudinal study in Naples, South Italy” (*BMC Public Health* 2018; 18:1181), confermano che un intervento motivazionale nutrizionale può essere utile per migliorare le abitudini alimentari e lo stato di salute dei pazienti diabetici.

- I risultati del successivo lavoro “Effects of a community-based exercise and motivational intervention on physical fitness of subjects with type 2 diabetes” (*European Journal of Public Health* 2018; 1-5) dimostrano che un intervento a lungo termine basato sull’integrazione di attività motoria e supporto moti-

vazionale può migliorare la forma fisica, i parametri antropometrici e aumentare i livelli di attività fisica nei soggetti diabetici. Inoltre può avere conseguenze positive sul rischio cardiovascolare, il rischio di cadute e migliorare la qualità di vita, rappresentando al contempo un’efficace strategia di sanità pubblica per migliorare il self-management della malattia e ridurre i costi.

- In “Can an Exercise-Based Educational and Motivational Intervention be Durably Effective in Changing Compliance to Physical Activity and Anthropometric Risk in People with Type 2 Diabetes? A Follow-Up Study” (*International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16-5) viene confermato che nei soggetti con diabete mellito di tipo 2 gli interventi multidisciplinari basati sia sull’esercizio fisico che sul supporto motivazionale migliorano la compliance all’attività fisica e gli indici antropometrici, riducendo il rischio di mortalità.

Questi risultati dovrebbero essere considerati a livello di sanità pubblica al fine di prevenire e tenere sotto controllo il decorso della malattia e migliorarne il self-management da parte del paziente diabetico.

Il modello realizzato si configura quindi come un valido intervento di promozione della salute nel paziente diabetico che ne migliora la qualità di vita e il self-management della malattia.

- www.salute.gov.it
- www.ccm-network.it

ASA a basse dosi: benefici clinici aggiuntivi

La bassa aderenza alla terapia con ASA in prevenzione CV è tra le cause del mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico. Il potenziale beneficio di ASA in prevenzione oncologica potrebbe migliorare l'aderenza alla terapia cardiovascolare in pazienti selezionati

Il ruolo benefico dell'acido acetilsalicilico (ASA) nella prevenzione secondaria delle malattie CV è ben consolidato. Meno delineate sono le indicazioni sul suo impiego in prevenzione CV primaria in soggetti che hanno un profilo di rischio minore. **Elio Staffiere**, Responsabile Cardiologia, Casa di Cura San Francesco di Bergamo ha rilasciato a *M.D.* un commento sul tema.

“Ancora oggi dopo la pubblicazione di trial su ASA in prevenzione primaria (ARRIVE, ASCEND, ASPREE) si può affermare che il rapporto beneficio-rischio è a vantaggio delle popolazioni a maggior rischio CV e che ASA a basse dosi può essere considerata in prevenzione CV primaria quando proposta in pazienti correttamente selezionati. Resta da stabilire quali siano questi pazienti. L'uso delle carte del rischio rappresenta lo strumento più agevole e preciso per profilare il rischio CV. Per la comunità medica esse rappresentano il mezzo più semplice per impostare correttamente una terapia individualizzata. Il rapporto di rischio diventa vantaggioso per l'assunzione di ASA a basse dosi nei soggetti che hanno un rischio di eventi CV a 10 anni >20 (2% anno). Con un rischio CV <10% non vi è indicazione, mentre merita un approfondimento la popolazione con un rischio CV tra il 10% e il 20%.

► Aderenza terapeutica

La mancata aderenza terapeutica con ASA in prevenzione CV primaria e secondaria è una delle cause del mancato

raggiungimento dell'obiettivo terapeutico. Nello studio ARRIVE, che ha arruolato 12.500 soggetti, il 40% dei pazienti in 5 anni ha sospeso la terapia con ASA, condizionando il risultato. Vari studi correlano l'interruzione ad un aumento degli eventi maggiori di 3 volte, oltre a un aumento della mortalità (1.8 volte).

• Prevenzione CV e oncologica

Talora capita che due mondi apparentemente diversi si incontrano e trovino alcuni denominatori comuni. Le malattie CV e quelle neoplastiche rappresentano le principali cause di mortalità e di morbidità; risulta estremamente interessante pensare ad unici interventi preventivi. Tranne che in alcune rare forme ereditarie, non esiste un'unica causa che possa spiegare l'insorgenza di un tumore. Associata ad una predisposizione genetica, sono i fattori di rischio che aumentano la possibilità di svilupparlo. Una predisposizione genetica modulata a fattori di rischio (fumo, dieta, alcool, sedentarietà, età, infezioni, inquinamento atmosferico, ecc) si correla con l'insorgenza di neoplasie. Con l'aggiunta dell'ipertensione arteriosa simili sono i fattori di rischio per sviluppo di malattia CV.

Pertanto, comuni sono i fattori di rischio e comune è il destino. Comune può essere la terapia? Numerosi studi eseguiti con ASA a basse dosi hanno mostrato una inattesa riduzione dell'incidenza di cancro coloretale in pazienti in prevenzione CV primaria e secondaria. Rothwell e coll hanno dimostrato che una terapia a lungo

termine con ASA riduce del 24% l'incidenza generale dei tumori. I benefici si sono dimostrati dopo 4 anni di trattamento”. AIFA ha autorizzato l'inserimento del dato nella RCP di ASA 100 mg (5.1 Farmacodinamica).

“Nella nuova RCP vengono spiegati i presupposti biologici: l'acido acetilsalicilico è in grado di inibire la cicloossigenasi-1 nella mucosa del colon-retto e di ridurre la prostaglandina E2 della mucosa intestinale, entrambi 'pathways' che hanno un ruolo nella genesi del CCR. ASA inibisce anche il rilascio, dalle piastrine attivate, di mediatori che possono favorire la crescita e la diffusione del tumore. Ecco che un nuovo concetto viene a farsi strada, quello della prevenzione cardio-oncologica. Quei pazienti con rischio CV tra 10% e 20% che gravitano nell'area del dubbio potrebbe giovare di tale trattamento se gravati da una familiarità per neoplasia che accrescerebbe il loro rischio globale”.

Un potenziale beneficio che potrebbe, dopo una aperta condivisione medico-paziente della decisione terapeutica, aumentando la consapevolezza di benefici e rischi, migliorare l'aderenza alla terapia cardiovascolare.

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Elio Staffiere

Il cervello nella relazione di cura

Fornire evidenze scientifiche e strumenti per potenziare le capacità relazionali dei medici nei confronti di pazienti e caregiver. È lo scopo di una ricerca in progress della Fondazione Giancarlo Quarta condotta attraverso tecniche di neuroimaging

Nella relazione di cura, l'insieme delle parole e dei gesti scelti dal medico per rapportarsi al paziente, ovvero lo stile di comunicazione, produce degli effetti sulla persona malata. Questa evidenza esperienziale, indagata dalla psicologia comportamentale, ha da ora una sostanza neuroscientifica: le parole del medico producono precisi e visibili effetti cerebrali sui malati. È quanto emerge da uno studio innovativo sperimentale dalla Fondazione Giancarlo Quarta, Onlus (Presidente **Lucia Giudetti Quarta**) impegnata da anni nell'indagine clinico-sociale sul tema del rapporto medico-paziente con lo scopo di alleviare la sofferenza dei malati, in collaborazione con l'Università di Udine, Clinica Psichiatrica - ASUIUD Santa Maria della Misericordia.

Quali aree del cervello si attivano e, soprattutto, come lo fanno, quando il medico si rivolge al paziente in una relazione di cura? Cosa accade a livello neurale quando i bisogni del malato incontrano le parole del medico che comunica una diagnosi, che trasmette un'indicazione terapeutica? Quando possiamo definire "corretta" la relazione medico-paziente?

FIORE (Functional Imaging of Reinforcement Effects), questo il titolo della sperimentazione, prova a dare una risposta a queste e altre domande.

Mediante tecniche di neuroimaging (risonanza magnetica funzionale), la ricerca ha messo a fuoco la presenza di specifiche attivazioni cerebrali correlate a differenti modalità argomentative e comportamentali rispetto a due speci-

fici bisogni del malato: il bisogno di essere compreso emotivamente ed essere a proprio agio nella situazione e il bisogno di attenzione, ovvero di essere riconosciuto come soggetto, superando il senso di spersonalizzazione della malattia. Queste aree di necessità emotiva fanno parte di un modello relazionale in cinque punti, IPPOCRATES, già sperimentato con successo dalla Fondazione Quarta, in collaborazione con l'Istituto dei Tumori di Milano (IPPOCRATES: Interventi di Premiazione e Potenziamento degli Ottimi Comportamenti di Relazione dei Giovani Medici in Ambito Terapeutico E Sanitario). Il modello individua cinque aree di bisogno del malato cui corrispondono altrettanti comportamenti e stili di comunicazione atti a soddisfarlo. La ricerca FIORE ne ha misurati due:

- bisogno di essere compresi;
- bisogno di attenzione.

Le due aree di necessità emotiva prese in considerazione possono dirsi soddisfatte da altrettanti stili di comunicazione:

- al bisogno di essere compreso corrisponde un comportamento orientato all'influenzamento, ovvero uno stile di comunicazione che implichi flessibilità, disponibilità all'aiuto concreto allo scopo di motivare, tranquillizzare e dare speranza al malato;
- il bisogno di essere riconosciuto è invece soddisfatto da un comportamento orientato alla valorizzazione mediante espressioni di accordo, apprezzamento, condivisione allo scopo di favorire il convincimento del paziente, l'adesione razionale ed emotiva.

► Dati della ricerca

Il Prof. **Fabio Sambataro**, psichiatra dell'Università degli Studi di Udine ha illustrato a *M.D.* i risultati della ricerca. A 30 soggetti sani (11 maschi e 19 femmine, età compresa tra i 19 e i 33 ani) sono state sottoposte in scansione cerebrale, una serie di vignette raffiguranti situazioni di aiuto/influenzamento e di riconoscimento/valorizzazione chiedendo ai soggetti di immedesimarsi nelle stesse e di esprimere apprezzamento per comportamenti più o meno conformi ai diversi stili di comunicazione.

Dalle scansioni è emerso che comportamenti di valorizzazione attivano la sfera sensoriale e in particolare la corteccia visiva, mentre comportamenti di influenzamento stimolano le regioni del cervello collegate alla teoria della mente che, tra le altre cose, si traduce nell'acquisizione di comportamenti da parte del soggetto.

Una buona comunicazione orientata non solo a gratificare genericamente il paziente ma a gratificarlo con uno stimolo e una indicazione precisa del comportamento virtuoso, favorisce la reiterazione del comportamento.

• Per approfondire
www.fondazionegiancarloquarta.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti di Fabio Sambataro e Lucia Giudetti Quarta