

M.D.

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

Anno XXI, numero 4 - 20 maggio 2014

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Rinnovo Convenzione:
tutti in trincea a caricare
le munizioni**

DIABETOLOGIA

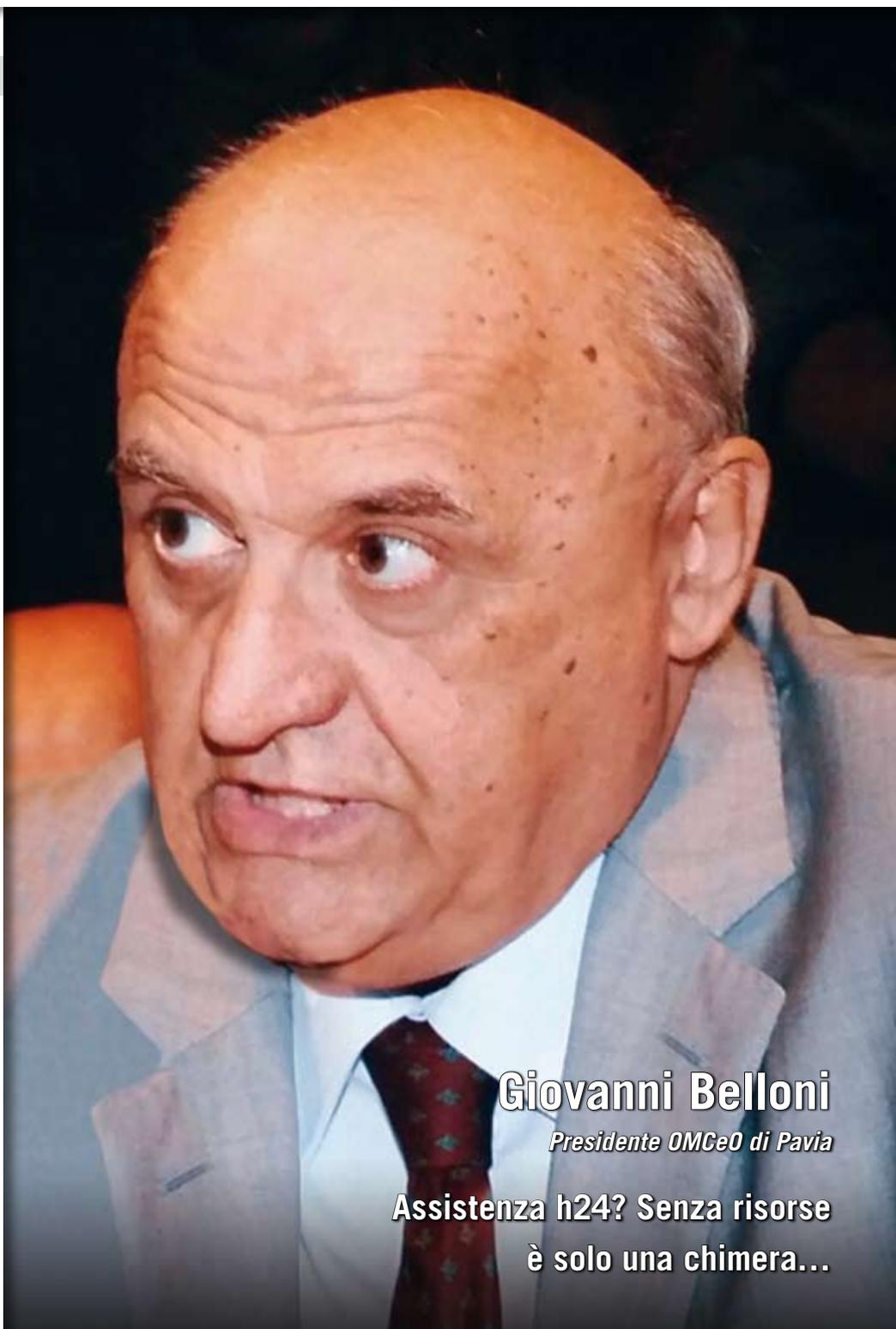
25

**ESC ed EASD alleate
nella prevenzione
del diabete**

EPIDEMIOLOGIA

31

**Il carico assistenziale
del dolore nel setting
della Medicina Generale**



Giovanni Belloni

Presidente OMCeO di Pavia

**Assistenza h24? Senza risorse
è solo una chimera...**

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
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**
Assistenza h24? Senza risorse è solo una chimera... 5
- **Focus on**
Tutti in trincea a caricare le munizioni per il rinnovo degli ACN 6
- **Dibattito**
Medici di Famiglia dipendenti? Alta tensione in Italia e Inghilterra 8
- **Professione**
Case della Salute, chance per lo sviluppo dell'associazionismo 9
- **Legislazione**
Uso terapeutico della contenzione fisica negli anziani istituzionalizzati 10
- **Riflettori**
Crollano gli investimenti per la digitalizzazione sanitaria 18
- **Contrappunto**
PSA e ca prostatico, il dibattito continua 20

AGGIORNAMENTI

- **Allergologia**
Ipersensibilità ai farmaci: un problema sottovalutato 22
- **Cardiologia**
Bendopnea, un nuovo sintomo dello scompenso cardiaco 23
- **Dermatologia**
La svolta della terapia per la cheratosi attinica 24
- **Diabetologia**
ESC ed EASD alleate nella prevenzione del prediabete 25
- **Malattie infettive**
Epatite E, il rischio riguarda anche l'Italia 26
- **Neurologia**
La nevralgia post-erpetica nel setting della medicina generale 27
- **Oncologia**
Tumore ovarico: la sfida di riconoscerlo "in tempo" 28

CLINICA E TERAPIA

- **Epidemiologia**
Il carico assistenziale del dolore in MG 31
- **Ricerca**
Approccio clinico integrato da ecoscopia 34
- **Caso clinico**
Una domenica mattina "dimenticata" 36
- **Rassegna**
Patologie IgG4-correlate: sono "nuove" malattie? 44
- **Clinica**
Criteri per riconoscere e correggere l'iponatriemia 45
- **Monitor** 46

Assistenza h24? Senza risorse è solo una chimera...

L'assistenza h24, fulcro della Riforma Balduzzi, non potrà mai realizzarsi se non cambia la convenzione nazionale e se non si stanziavano i fondi necessari. A sostenerlo non è un sindacato di categoria, bensì **Giovanni Belloni**, Presidente OMCeO di Pavia, che ha espresso questo pensiero durante un'intervista rilasciata a *La Provincia Pavese*. Il quotidiano aveva richiesto il parere del Presidente in merito al ritardo della riorganizzazione della medicina generale lombarda secondo i dettami della legge Balduzzi. In particolare, a far emergere questo problema, era stata la relazione programmatica della Asl di Pavia che ha previsto di poter cominciare solo da quest'anno ad avviare il percorso per lo sviluppo delle Aft e delle Uccp sul territorio.

Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Pavia ha ribadito lo stesso concetto a *M.D.*, sottolineando la necessità di una visione organica nell'approccio assistenziale alle cronicità che non tenga più distinto il piano clinico-sanitario da quello socio-sanitario. Per Belloni le patologie croniche oltre ad incidere per il 70% sulla spesa sanitaria complessiva hanno delle ricadute significative anche per la spesa inerente l'assistenza socio-sanitaria. Secondo il Presidente, il sistema, così come è attualmente strutturato, non riesce a rispondere in maniera efficace al cambiamento della domanda di salute e di assistenza. Si impone quindi un cambio di paradigma, un orientamento diverso in sanità da quello attualmente in vigore. "Premesso ciò - ribadisce Belloni - finché non cambia la Convenzione della Medicina Generale non ci può essere una implementazione di ciò che la Riforma Balduzzi chiede e cioè un'assistenza territoriale con gli studi aperti 24 ore su 24. Al momento è solo un'ipotesi di lavoro, perché l'associazionismo obbligatorio, dettato dalla Riforma, non è contemplato dall'ACN attualmente in vigore, inoltre, tengo a ribadire, mancano i fondi per poter sostenere questo cambiamento strutturale". Le Regioni, quindi fanno quello che possono. "La Regione Lombardia - evidenzia Belloni - sta chiedendo un'adesione volontaria ai Mmg ad alcune forme di aggregazioni multi-professionali con progetti che vanno nella direzione di garantire la continuità assistenziale sul territorio e l'integrazione delle cure".

"Ma il vero problema - rimarca il Presidente - sono le patologie croniche e le ricadute clinico-assistenziali a livello socio sanitario che dovrebbero essere affrontate in modo organico, con l'intervento di personale infermieristico, assistenti sociali, solo così si potrebbe modificare l'approccio ai soggetti fragili, soprattutto anziani e disabili".



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

Tutti in trincea a caricare le munizioni per il rinnovo degli ACN

L'impatto della bozza elaborata dalla Sisac ha scompaginato il fronte sindacale, rendendo evidenti le rotture. E tra tavoli separati, piattaforme specifiche, contrapposizioni con la Conferenza Stato-Regioni la trattativa si presenta difficile e dall'esito incerto

L'impatto della bozza elaborata dalla Sisac ha scompaginato il fronte sindacale rendendo evidenti le rotture. Le prime crepe si sono manifestate, quando il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) aveva chiamato a raccolta tutti i rappresentanti per le tre aree (medici di famiglia, specialisti e pediatri) ricevendo un bel "no, grazie" da Sumai e Fimp, con la Fimmg che invece ribadiva la sua volontà di "ballare da sola" al tavolo Sisac. Proprio le parole del segretario nazionale, **Giacomo Milillo**, non hanno lasciato spazio ad equivoci: è "un atto di indirizzo arrogante, pieno di bugie coperte da riferimenti legislativi. È fatto da Regioni colpite da sindrome delirante: a queste condizioni non firmeremo mai una convenzione peggiorativa". Poi ha aggiunto: "la partita che andiamo a giocare con questa trattativa è molto alta, perché condizionerà lo sviluppo della nostra professione per i prossimi 30 anni. Non è la trattativa dei soldi o dell'organizzazione, ma a quel tavolo ci giochiamo l'identità professionale: chi sono i Mmg e come e per cosa lavorano".

Non è un caso, quindi, che la piattaforma alternativa che la Fimmg ha portato al tavolo sia stata elaborata con il contributo di un giuslavorista. Nella sua proposta Fimmg sottolinea che la Medicina Generale struttura una negoziazione che prevede "un livello nazionale caratterizzato dalla definizione di un si-

stema che, partendo dalla massa salariale consolidata nei costi della categoria (anno 2010) si sviluppi senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica". Tra i cardini del documento c'è la definizione del profilo giuridico contrattuale del medico, che all'interno del Ssn dovrà essere qualificato come professionista autonomo. Per la Fimmg è indispensabile "la definizione del ruolo unico come perno imprescindibile per la riallocazione efficiente premiante delle risorse su compiti fiduciari e orari". Il sindacato ribadisce poi il suo "no" al diktat delle Regioni su incentivi e indennità, e sull'inalienabilità del diritto del cittadino a scegliere il proprio medico di fiducia.

▶ Trattativa separata anche per Snami

Anche Snami, segue l'esempio della Fimmg e chiede la trattativa separata. La decisione è stata presa dal Comitato Centrale Snami, riunitosi a Taormina, subito dopo il primo incontro con la Sisac. Nella stessa sede il sindacato ha elaborato e approvato la proposta da portare al tavolo negoziale. Nella proposta, Snami insiste molto sulla difesa della specificità del rapporto duale medico paziente che è alla base del gradimento della Medicina Generale nel nostro Paese: "L'ottimizzazione del servizio sanitario sul territorio non può e non deve prescindere dal mantenimen-

to del rapporto di fiducia (), rapporto che costituisce le fondamenta del gradimento sempre manifestato nei confronti della figura del Mmg"; Per quanto concerne la realizzazione delle Aft e Uccp specifica: "Snamì ritiene inadeguata, senza gli indispensabili finanziamenti, la realizzazione di aggregazioni mono e multiprofessionali. È possibile realizzare aggregazioni mono professionali e multi professionali strutture senza aumentare la spesa globale solo spostando risorse dall'ospedale al territorio. (...) I meccanismi per definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione, fra i medici di Medicina Generale, dei referenti o dei coordinatori delle nuove forme organizzative mono o multi professionali dovranno essere normati all'interno dell'Acn". Inoltre presupposto imprescindibile per la contrattazione è la definizione del profilo giuridico del Mmg: "(...) Prima di qualsiasi approccio al rinnovo/rielaborazione dell'Acn è indispensabile definire il profilo giuridico del Mmg".

Una bozza organica, così l'ha definita il presidente Snamì, Angelo Testa, in cui si sottolinea fra l'altro che l'Emergenza Territoriale e la Medicina dei servizi sono settori fondamentali della Medicina Generale, e per questo si richiede che venga analizzata la collocazione contrattuale di tali settori. Settori di cui vi è una totale "dimenticanza" nella bozza presentata dalla Sisac.

► Le proposte dello Smi

Si al ruolo unico, alla medicina di iniziativa e ai team multiprofessionali e funzionali, no a modelli associativi obbligatori rigidi: sono questi alcuni punti della piattaforma targata Smi per il rinnovo delle

convenzioni della Medicina Generale e del territorio.

La piattaforma è stata inviata alla Sisac, accompagnata da una lettera del segretario generale dello Smi, **Salvo Calì**. Nella missiva Calì sottolinea come le trattative si siano "aperte con una sensazione di *deja vu*, con il ripetersi di vecchi riti da prima Repubblica". "La Fimmg prima, lo Snamì poi - scrive - hanno chiesto incontri separati dalle altre sigle sindacali, interpretando, o meglio, mortificando così le stesse norme che regolano i tavoli per la contrattazione per il rinnovo dell'ACN per la medicina generale". "(...) Lo Smi non è d'accordo con queste richieste perché prive di logica: la trattativa è tra la parte Pubblica e i sindacati dei medici, in modo trasparente, pubblico, con una dialettica aperta tra tutti i protagonisti nell'interesse della categoria e del Ssn. (...) se passasse questa linea dei tavoli separati ne deriverebbe un effetto domino anche sulle altre convenzioni, cioè specialistica ambulatoriale e pediatria (...). Una sorta di balcanizzazione della contrattazione. Un effetto deleterio, che vorremmo tutti che si scongiurasse".

Maria Paola Volponi, responsabile nazionale Smi per l'area Convenzionata, emtiro nello specifico: "Si punti alla medicina di iniziativa, ai team multi professionali, funzionali alla domanda di salute dei cittadini e del territorio, però si sgomberi il campo da modelli associativi rigidi, inutili e obbligatori. Non è accettabile che il nuovo ACN, con la scusa della riorganizzazione, riduca la retribuzione dei medici. Una migliore gestione delle risorse, oltre allo spostamento di fondi dall'ospedale al territorio, servirà senz'altro a finanziare la maggiore qualità dall'assistenza operando una rimodulazio-

ne e una redistribuzione del finanziamento del Ssn per il potenziamento e la riorganizzazione della rete territoriale. In attesa di investimenti adeguati, questa nuova convenzione si rinnova a risorse invariate, cioè a 'costo zero', possiamo però introdurre alcuni assi portanti, tra questi è centrale la stretta correlazione tra ruolo unico e tempo pieno. Non è pensabile che nel prospettato processo di unificazione di tutte le figure della medicina generale non si includa la fine della precarietà e dell'attuale frammentazione: bisognerà dare certezze e prospettive ai professionisti che operano nel ruolo unico, prevedendo, nelle forme e nei tempi possibili anche alla luce delle esperienze di alcune Regioni, il tempo pieno, garanzie e la fine del ricorso massiccio ai contratti a tempo. Non solo: si devono affrontare altri nodi irrisolti o, almeno, cominciare a prefigurare risposte adeguate, anche dal punto di vista formativo, a una vera e propria mutazione antropologica del lavoro dei medici, si pensi alle sfide dell'innovazione tecnologica, agli aspetti relazionali derivanti dal lavoro in équipe, ma soprattutto al passaggio dalla medicina di attesa a quella di iniziativa, anche nel rapporto con i cittadini. Non possiamo arrivare impreparati, scaricando tutto l'onere di questa trasformazione sulle spalle dei medici e nel volontarismo delle Regioni. In questo contesto, tra tutti i medici impegnati sul territorio, va richiamata l'attenzione sull'area dell'emergenza 118, su quella della Continuità Assistenziale, della Medicina dei Servizi e della Medicina Penitenziaria. Infine, per tutte le figure della Medicina Generale bisogna riconoscere le tutele di cui godono tutti i lavoratori".

Medici di Famiglia dipendenti?

Alta tensione in Italia e Inghilterra

Rendere il medico di medicina generale dipendente pubblico? Il dubbio attanaglia anche i colleghi inglesi. Azeem Majeed sul Blog del BMJ ha avanzato alcune proposte

Simone Matrisciano

Abbattere la Convenzione e rendere il Mmg un dipendente del Ssn? Se da un lato **Fiorenzo Corti**, responsabile comunicazione della Fimmg, ha recentemente dichiarato che quest'idea rischierebbe di intasare i Pronto soccorso (PS) e incrinerebbe la gratuità e l'universalità del servizio sanitario pubblico, dall'altro si è aperto un dibattito internazionale. In Inghilterra, patria del sistema sanitario modello per il nostro Paese, **Azeem Majeed**, professore di cure primarie e capo del Dipartimento di Cure Primarie e Salute Pubblica presso l'*Imperial College* di Londra, avanza alcune proposte in un articolo pubblicato lo scorso 2 maggio sul *Blog del British Medical Journal*.

L'aumento della pressione sul Mmg

a causa di maggiori carichi di lavoro combinati a minori risorse economiche stanziate per le cure primarie, ha ripercussioni sui pazienti, i quali vedono ridursi la possibilità di accedere con tempestività alle cure del loro medico e, di conseguenza, affollano i PS. Come risolvere questo problema? Majeed sostiene che una soluzione potrebbe essere proprio quella di valutare l'introduzione di un Servizio di Medicina Generale che consideri i Mmg dipendenti del Ssn.

► I vantaggi

Questo provvedimento potrebbe portare con sé diversi vantaggi. Nell'ottica del paziente si potrebbe pianificare meglio la distribuzione territoriale dei Mmg. Per quanto riguarda il Mmg, invece, questo avrebbe la possibilità di essere impiegato dal Ssn, oltre che come medico di famiglia, anche come specialista, in modo da integrare di più gli step di cura dei pazienti e cercare di limare il più possibile i gap esistenti tra cure primarie e specialistiche. Inoltre, essi avrebbero la possibilità di accedere a riconoscimenti economici come consulenti del Ssn, in base alla loro esperienza e al loro impegno in aree rile-

vanti per la gestione del Ssn stesso: *management, leadership* clinica e *training* ai colleghi più giovani. Altri due vantaggi economici per il Mmg potrebbero riguardare l'abbattimento dei costi di istruzione e mantenimento di uno studio privato e la possibilità, proprio in quanto dipendenti del Servizio sanitario di accedere a tutti i diritti riservati allo staff del Ssn, come maternità, paternità e malattia. Ma non solo benefici economici e limitati ai Mmg.

Majeed evidenzia come ci sia la possibilità per i giovani che vogliono intraprendere la carriera medica di verificare quali siano le opportunità di carriera all'interno del Ssn una volta terminati gli studi e, concretamente, a quale stipendio vadano incontro. Visto il peso specifico delle proposte avanzate da Majeed, egli si limita a pensare questa soluzione applicata solo per grandi città come Londra, dove i carichi di lavoro dei Mmg sono alti e, di conseguenza, la loro reperibilità sta diminuendo notevolmente. L'applicazione di questo provvedimento a livello nazionale richiede tempi lunghi: il confronto tra medici, sindacati di categoria e Istituzioni è appena cominciato, in Inghilterra come in Italia. Si riuscirà a trovare la quadra in tempi brevi?



Case della Salute, chance per lo sviluppo dell'associazionismo

Nella Regione Marche le Case della Salute si realizzeranno partendo dal network della Medicina Generale, costituito dalle Aft e dalle forme associative dei Mmg.

È quanto si evince dalle linee guida elaborate dalla Regione e sottoscritte dai sindacati di categoria

Fimmg, che in un primo tempo aveva mostrato perplessità sul progetto regionale di implementazione delle Case della Salute (CdS), si è detta soddisfatta del piano di sviluppo elaborato dalla Regione Marche. "Le Case della Salute - ha dichiarato il segretario regionale di Fimmg Marche, **Massimo Magi** - non rappresentano un luogo dove 'deportare' e confinare i Mmg e con essi la professione, bensì una opportunità di sviluppo di quelle forme associative tipiche della MG. Nelle Marche esse si realizzeranno proprio a partire dal *network* della Medicina Generale costituito dalle équipes territoriali (le Aft) e dalle forme associative che in questi anni si sono realizzate. Questo significa che verrà ulteriormente implementata la dotazione di personale negli studi e lo sviluppo dell'associazionismo, come fattore chiave della riorganizzazione dell'assistenza nel territorio, confermando quella scelta già condivisa con la Regione nell'Air tutt'ora vigente".

Il modello organizzativo-funzionale individuato dalla Regione è infatti quello delle équipes territoriali: 53 quelle attualmente

operative e diffuse in tutti i distretti.

Il progetto regionale prevede tre tipologie di Casa della Salute con complessità organizzativa crescente:

1. **Tipo A** - Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate
Rappresenta la cerniera strutturale tra la medicina di assistenza primaria (ed eventualmente la Pls) e l'erogazione di prestazioni infermieristiche e specialistiche distrettuali per gli ambiti di maggiore prevalenza epidemiologica, per implementare percorsi clinici integrati di patologie a maggior impatto (12 ore diurne). La tipologia A può nascere dalle forme organizzative integrate della medicina generale ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria.

2. **Tipo B** - Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità

Oltre a tutte le funzioni precedenti si sviluppano i servizi diagnostico-terapeutici, l'integrazione con i servizi sociali per la presa in carico globale e la prevenzione che prevede almeno la presenza delle funzioni di vaccinazioni e certificazioni. Ci può essere un modulo

di degenza residenziale (da 12 a 24 ore).

3. **Tipo C** - Casa della Salute
Derivano dalla riconversione delle piccole strutture ospedaliere. Oltre alle funzioni precedenti, è presente l'Unità di Valutazione Integrata, la Diagnostica Tradizionale non contrastografica, almeno un modulo di degenza residenziale a ciclo continuativo a finalizzazione sanitaria o socio-sanitaria. Sarà possibile attivare Punti di primo intervento territoriali, organizzati secondo la complessità del territorio di riferimento ed in coerenza con la rete dell'emergenza-urgenza, prevedere funzioni ospedaliere (Day Surgery o one-Day Surgery, lungodegenza, riabilitazione intensiva) (h24).

Nelle tipologie più organizzate, B e C, potranno essere anche presenti i servizi territoriali di salute mentale e sanità pubblica, oltre a quelli della residenzialità. Attraverso queste forme organizzative sarà favorita l'organizzazione di percorsi clinico-assistenziali e ambulatori integrati per patologia e pe contribuire al governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Uso terapeutico della contenzione fisica negli anziani istituzionalizzati

Tutela della salute o tutela della libertà? Il punto di incontro tra le varie professionalità per migliorare la qualità nell'assistenza è rappresentato anche dalla condivisione degli obiettivi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale dell'anziano e la costruzione di un piano assistenziale individuale

Mauro Marin

Direttore Distretto sanitario, Pordenone

L'uso terapeutico della contenzione fisica negli anziani istituzionalizzati è oggetto di un dibattito etico-politico continuo (J Med Ethics 2006, 32: 148-152; Ann Ist Super Sanità 2013, 49/3: 281-285) e nei casi concreti di una valutazione contrapposta tra il diritto alla tutela della libertà personale e il diritto alla tutela della salute e della vita. Gli studi scientifici valutano casistiche e popolazioni, mentre sanitari a priori e giudici a posteriori valutano singoli casi concreti considerando la realtà delle numerose variabili individuali e di contesto.

La raccomandazione del Ministero della Salute n.13 del 1.12.2011 per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie riconosce che il 78% delle cadute è prevedibile per fattori di rischio identificabili, che il riscontro anamnestico di una precedente caduta negli anziani è un indicatore di alto rischio di nuova caduta, che la metà degli anziani ricoverati con frattura di femore da caduta perdono la capacità di deambulare e il 20% di essi muore per complicanze entro sei mesi. La stessa raccomandazione individua le azioni utili per la prevenzione delle cadute e afferma che la contenzione fisica deve essere applicata solo ai casi strettamente

necessari per finalità assistenziali terapeutiche su prescrizione medica scritta o valutazioni infermieristiche documentate, solo dopo avere attuato misure assistenziali alternative e corretto i fattori di rischio per le cadute, deve essere riportata in cartella clinica, deve essere preceduta da interventi relazionali con il coinvolgimento possibile del paziente e l'informazione ai familiari, deve essere limitata al tempo minimo indispensabile e quindi monitorata per il rischio di danno psico-fisico correlato.

► La voce della Cassazione e la legislazione

- La Cassazione sezione Penale IV con sentenza n. 9170 del 26.2.2013 ha condannato per omicidio colposo l'infermiere per violazione della norma cautelare posta a garanzia dell'incolumità del paziente ricoverato, caduto dal letto una prima volta e poi deceduto per i danni riportati a seguito di una seconda caduta "prevedibile", imputata al mancato impiego di spondine di contenimento al letto per omessa sollecitazione da parte dell'infermiere al medico, affinché prescriva il mezzo di contenzione necessario e per omessa vigilanza, anche se la costante vigilanza non è

sempre oggettivamente esigibile.

- La stessa sezione della Cassazione con sentenza n. 21285 del 17.5.2013 afferma che l'omissione negligente dell'impiego delle spondine di contenimento al letto del paziente confuso e agitato, che pur rifiuta l'intervento di contenzione, comporta responsabilità per omicidio colposo a carico dell'infermiere, in caso di decesso del paziente per trauma da caduta. L'infermiere è tenuto all'obbligo di accudimento e protezione in quanto titolare di una posizione di garanzia verso l'assistito per la tutela della vita e della salute (art. 2 e 32 della Costituzione) ai sensi dell'art. 40, comma 2, del Codice penale che afferma: "Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

- La Cassazione sezione Penale IV con sentenza n. 23661 del 31.5.2013 ha ritenuto responsabili del suicidio di un anziano demente gli addetti all'assistenza e il direttore della Casa per anziani che non hanno adottato le misure restrittive necessarie a prevenire il danno.

- La Costituzione all'art.13 vieta la restrizione della libertà personale se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge, mentre all'art. 32

tutela la salute individuale e afferma che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento se non per disposizione di legge.

- L'art. 60 del Regio Decreto n. 615 del 1909 afferma che nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto che indichi la natura del mezzo di coercizione. L'art. 11 della legge n. 180/1978 ha abrogato altre norme, ma non questa che quindi è ancora vigente (art. 12 e 15 del Codice civile).

- L'art. 41 della legge n. 354 del 26.7.1975 afferma: "Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque non vi si può fare ricorso a fini disciplinari, ma solo al fine di evitare danni a persone o di garantire l'incolumità del soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario". L'art. 82 del DPR n. 230 del 30.6.2000 afferma: "La coercizione fisica, consentita per le finalità indicate dal comma terzo dell'art. 41, si effettua sotto il controllo del sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le stesse finalità negli ospedali pubblici".

► Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per infermi di mente è regolato dalla legge n. 180/1978 secondo le procedure disposte dagli artt. 33 e 34 della legge n. 833/1978, dalla raccomandazione della Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2009 (09/038/CR/C7). Nel caso della gestione di un assistito aggressivo non

altrimenti controllabile, va rilevato che il D.Lgs n. 81/2008 in tema di sicurezza e tutela dei lavoratori afferma all'art. 17 il dovere del datore di lavoro di effettuare una valutazione dei rischi e adottare le misure idonee di prevenzione e all'art. 44 che l'operatore in caso di pericolo grave e immediato è legittimato a prendere le misure necessarie a evitare il pericolo. Va rilevato che la mancanza di un protocollo sulla contenzione seppure eccezionale viola il diritto di formazione degli operatori affinché sappiano gestire correttamente il rischio ai sensi del D.Lgs 81/2008.

► Liceità della contenzione

Dunque esistono casi eccezionali in cui il ricorso alla contenzione fisica è lecito in quanto previsto per disposizione di legge e casi eccezionali in cui il Codice Penale prevede cause di giustificazione: l'intervento per impedire un danno (art. 40), l'aver agito col consenso dell'avente diritto (art. 50) o per l'adempimento di un dovere (art. 51) o nello stato di necessità (art. 54) o, in caso di paziente aggressivo, anche per legittima difesa (art. 52) oltre che per stato di necessità.

- L'art. 50 CP afferma che non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto col consenso della persona che può validamente disporre. Contenzione non è sempre sinonimo di coercizione: il paziente capace di intendere e volere ma con disabilità motoria può prestare assenso o richiedere lui stesso le spondine al letto come ausilio per riposizionarsi in autonomia o la fascia di contenzione in carrozzina come ausilio per mantenere la postura eretta del tronco in pace altrimenti di autosostenersi.

- Il Tribunale di Pordenone con sentenza n. 39/1992 ha escluso la puni-

bilità per il reato di violenza privata dell'infermiere che aveva impiegato la contenzione fisica sull'assistito confuso in assenza di prescrizione medica ma in situazione di comprovata necessità nell'adempimento del dovere di somministrare una terapia endovenosa (art. 51 CP).

- Il Tribunale di Cagliari sez. GIP con sentenza n. 934/2012 ha escluso la punibilità dei sanitari che hanno applicato la contenzione a un paziente violento.

- L'art. 54 CP afferma la non punibilità di chi ha commesso un fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale e non altrimenti evitabile di un danno grave alla persona, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. In tal caso la contenzione deve apparire nel caso concreto urgente, necessaria e priva di alternative valide a scongiurare il pericolo attuale per l'incolumità fisica. Il principio di proporzionalità richiama la necessità che la motivazione alla contenzione fisica sia sempre adeguata alla situazione reale e attuale. È opportuno ricordare che lo stato di necessità non rende lecito ciò che è illecito (restrizione della libertà), ma lo rende "impunibile" per il contesto in cui tale atto viene compiuto.

► Illiceità della contenzione

Il ricorso ingiustificato a mezzi di contenzione fisica è sempre illecito e può configurare principalmente le seguenti ipotesi di reato previste dal Codice Penale: art. 610 violenza privata, art. 590 lesioni personali colpose, art. 571 abuso dei mezzi di correzione o di disciplina, art. 572 maltrattamenti ripetuti, art. 605 sequestro di persona. La contenzione fisica non deve essere una metodica abituale di accudimento, né una misura

punitiva, né può essere giustificata da carenze organizzative assistenziali della struttura ospitante.

- L'art.51 del Codice Deontologico 2006 del Medico afferma: in caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non richiede o pone in essere misure coattive salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti di legge. Il medico che prescrive la contenzione senza giusta causa, senza monitoraggio e cure, protraendone la durata illecitamente fino a causare la morte dell'assistito è responsabile dell'omicidio, secondo la sentenza n.825/2012 depositata il 27.4.2013 del Tribunale di Vallo della Lucania.

- L'art. 30 del Codice Deontologico 2009 dell'infermiere afferma: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali."

- Va rilevato che ai sensi della legge n. 42/1999, della legge n. 251/2000 e del DM della Salute del 2.4.2001 le professioni sanitarie di infermiere e fisioterapista hanno acquisito autonomia nelle attività di cura proprie del loro ruolo e di conseguenza anche nelle responsabilità derivanti dalla loro condotta personale.

- L'art. 27 della Costituzione afferma che la responsabilità penale è personale. La responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione implica la valutazione della condotta di "tutti" i soggetti coinvolti nell'assistenza (art. 110 CP) e quindi richiede la documentazione dei compiti attribuiti a ogni ruolo in un protocollo e la documentazione del loro corretto svolgimento in apposite schede.

Quindi è raccomandata l'adozione di un protocollo multidisciplinare per la gestione della contenzione

fisica pur intesa come ultima ratio in caso di fallimento di misure alternative per tutelare utenti e operatori da pericoli ed errori dannosi.

La contenzione fisica è una misura temporanea ed eccezionale di impiego di mezzi fisici che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita. I mezzi di contenzione fisica usati negli anziani sono le spondine e le lenzuola da letto, le cinture/fasce e il tavolino avvolgente da sedia, i bracciali da polsi o da caviglie.

Le motivazioni che inducono a prescrivere mezzi di contenzione fisica sono (Nursing Oggi 2001; 4: 62-66):

- prevenire i traumi da cadute accidentali
- fornire un supporto come ausilio per mantenere una corretta postura
- prevenire danni da comportamento agitato o violento in soggetti confusi
- consentire l'esecuzione di un esame diagnostico o di una terapia
- garantire la sicurezza del trasporto in barella.

La prescrizione della contenzione fisica è di competenza medica, ma le motivazioni alla sua applicazione spesso derivano da osservazioni documentate per iscritto dal personale infermieristico, fisioterapico e di assistenza. La prescrizione medica scritta dei mezzi di contenzione fisica deve sempre indicare la motivazione fondata e lecita per cui si prescrive la contenzione e il mezzo di contenzione prescritto.

L'applicazione della contenzione deve essere temporanea, limitata alle fasce orarie in cui è necessaria, comunque di durata inferiore a 12 ore continuative e monitorata.

Il monitoraggio orario della contenzione deve essere eseguito mediante controllo visivo da parte del personale e annotato per escludere eventuali danni e per rilevare subito la necessi-

tà di interrompere la contenzione.

Il consenso informato validamente rilevabile va acquisito direttamente dall'assistito capace di intendere e di volere ai sensi dell'art. 35 del Codice Deontologico Medico, i familiari in quanto tali non hanno diritto di decidere per la persona capace di autodeterminarsi sebbene è raccomandabile che siano informati. La sentenza n. 119/1998 della Cassazione Penale sezione VI ha affermato: "Il ricovero in casa di cura o comunità terapeutica comporta l'obbligo di cura e custodia gravante su plurimi soggetti..., ma anche limitazioni all'incapace, le quali liberamente accettate con un valido consenso o non contrastate da un evidente dissenso non sono penalmente apprezzabili... ma l'obbligo di custodia non può comportare l'uso abituale di mezzi coercitivi".

► Possibili soluzioni

Il punto di incontro tra le varie professionalità per migliorare la qualità nell'assistenza è rappresentato da buone relazioni e da una condivisione degli obiettivi assistenziali attraverso la Valutazione multi-dimensionale dell'anziano e la costruzione di un "Piano assistenziale individuale" che affronti i bisogni rilevati mediante i principi del problem solving e sia soggetto a verifica dei risultati. Va ricordato che i disturbi del comportamento negli anziani motivanti a volte la contenzione possono derivare da difficoltà di comunicazione conseguenti a deficit uditivi, visivi, cognitivi e motori che richiedono innanzitutto un'organizzazione di servizi adeguata e lo sviluppo continuo nel personale d'assistenza di capacità professionali di relazione e di empatia, in conformità alle raccomandazioni del 29.7.2010 della Conferenza Stato-Regioni sulla contenzione fisica (10/081/CR07/C7).

Crollano gli investimenti per la digitalizzazione sanitaria

La spesa tecnologica nelle strutture sanitarie è in calo. Lo rivelano i dati della ricerca dell'Osservatorio ICT in Sanità, presentati di recente a Milano. Si investe soprattutto nella Cartella Clinica Elettronica, nei sistemi di front-end e nella gestione amministrativa. Gli investimenti sul territorio restano invece marginali

L'innovazione digitale della Sanità italiana oggi è una soluzione obbligata, l'unica in grado di modernizzare il sistema e permettergli di reggere l'impatto della crescita della domanda, fermando il decadimento in atto di qualità ed efficienza. Ma la spesa complessiva per la digitalizzazione della Sanità italiana nel 2013 si è ridotta del 5%, dopo il calo già registrato lo scorso anno, raggiungendo quota 1,17 miliardi di euro, appena l'1.1% della spesa sanitaria pubblica, pari a 19,72 euro per abitante. Una contrazione che riguarda in particolare le strutture sanitarie, dove la spesa tecnologica è crollata dell'11% in un anno. A sottolineare ciò sono i dati della ricerca 2014 dell'Osservatorio ICT in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano, presentati nel capoluogo lombardo al convegno 'Innovazione Digitale in Sanità: l'ICT non basta!'

La ricerca è basata su un'analisi empirica che, attraverso survey e studi di caso, ha coinvolto circa 300 attori tra CIO, Direttori Generali, Direttori Amministrativi, Direttori Sanitari, Direttori Sociali, Medici Specialisti, Referenti Regionali e, grazie alla collaborazione con Doxapharma e la Fimmg, 703 medici di medicina generale e 1.001 cittadini rappresentativi della popolazione italiana.

"In un Sistema Sanitario tra i meno costosi d'Europa - hanno sottolineato gli esperti durante il convegno

- nel Paese più vecchio del continente, dove la qualità delle prestazioni sanitarie erogate è sensibilmente inferiore rispetto alla media europea, la 'spesa' tecnologica in sanità continua a essere tagliata e gestita in ottica frammentata e locale per una pura automazione dell'esistente. Servono nuovi investimenti, avendo presente però che l'ICT da sola non è sufficiente. Per difendere il Sistema Sanitario pubblico oggi in Italia è necessaria una riforma profonda del modello di cura e assistenza, uno *Smart Care System* in cui le tecnologie digitali possono abilitare l'interazione tra gli operatori del sistema socio-sanitario e i cittadini".

"Investendo in ICT il minimo indispensabile, solo per automatizzare l'esistente, si sta accompagnando il declino del sistema. Alla Sanità italiana oggi serve un percorso di innovazione digitale - afferma Mariano Corso, Responsabile Scientifico dell'Osservatorio ICT in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano - che però non può essere ricondotto alla sola tecnologia. È necessaria una riforma del modello di cura e assistenza, in cui le tecnologie digitali mettano in rete il sistema, spostando i servizi dalle strutture residenziali verso il territorio e la gestione domiciliare, superando quella separazione tra prestazioni sanitarie e servizi socio-assistenziali, che è oggi causa di disottimizzazione e di atteggiamenti da

‘scarica barile’ a danno della finanza pubblica e, soprattutto, dei cittadini più deboli. Per rilevanza sociale e peso sui conti pubblici questa revisione dovrebbe essere una priorità del Governo, il vero cuore dell’Agenda digitale italiana. Ma così non è”. Secondo Corso, l’Agenzia per l’Italia Digitale non ha identificato la Sanità Elettronica come priorità e la *roadmap* per l’implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, che rappresenta il cuore dell’azione del Governo sull’eHealth, appare di difficile realizzazione”.

► Gli ambiti di innovazione

La Cartella Clinica Elettronica, con una spesa complessiva di circa 58 milioni di euro, però rappresenta il principale ambito su cui le Aziende sanitarie hanno allocato risorse economiche, con una crescita prevista per il 2014 superiore all’8%. Oltre il 70% delle Aziende ha investito sulla CCE, a dimostrazione di come tale ambito rappresenti an-

cora il punto di attenzione per gran parte degli attori del Sistema Sanitario. Il livello di utilizzo delle funzionalità però è ancora parziale, così come la loro diffusione a livello di intera struttura.

Il secondo ambito più rilevante per entità di spesa riguarda i Sistemi di *front-end*, su cui nel 2013 l’81% delle aziende ha effettuato una spesa per un valore complessivo di circa 38 milioni di euro, confermato anche per il 2014. Il terzo è rappresentato dalle soluzioni ICT per la gestione amministrativa e delle risorse umane, per cui l’82% delle strutture sanitarie ha speso complessivamente circa 38 milioni di euro, con una riduzione prevista per il 2014 pari al 4%. Seguono gli investimenti in *Business Continuity e Disaster Recovery* (36 milioni di euro), in soluzioni per la gestione informatizzata dei farmaci (30 milioni di euro) e per l’interscambio di documenti e informazioni con sistemi regionali o nazionali del FSE (21 milioni di euro).

Tra gli ambiti al momento più mar-

ginali per entità di spesa, si trovano le soluzioni di Mobile Health (il 51% delle aziende ha speso nel 2013 circa 7 milioni di euro) e le soluzioni per l’assistenza domiciliare e la medicina sul territorio (il 36% delle aziende ha dedicato 10 milioni di euro), mentre nelle soluzioni ICT per l’assistenza sociale e in quelle di Cartella sociale elettronica l’85% delle Aziende socio-sanitarie ha dedicato un budget complessivo di circa 7 milioni di euro nei due ambiti.

“I dati confermano come, anche per quanto riguarda l’ICT, la propensione dei decisori sia orientata maggiormente verso lo sviluppo di soluzioni destinate all’assistenza ospedaliera, mentre alle componenti territoriale e sociale sono dedicate solo poche risorse - commenta Mariano Corso - Questa visione, incapace di guardare in modo aggregato ai bisogni dei pazienti, rende ancora più difficile la realizzazione del necessario cambiamento del sistema complessivo”.

La Medicina Generale e le nuove tecnologie informatiche

Insieme a farmaci e ricette, i medici di medicina generale oggi mettono in valigetta smartphone e tablet. È il mobile la nuova frontiera tecnologica a supporto delle attività professionali anche al di fuori dello studio medico.

L’indagine realizzata in collaborazione con Fimmg e Doxapharma rileva che il 61% dei Mmg utilizza un PC portatile per svolgere la propria professione al di fuori dello studio, il 51% uno smartphone e il 35% un tablet. Se il livello generale di utilizzo di dispositivi mobili è già molto elevato, lo strumento verso cui c’è maggiore attenzione è però il tablet (per il 38% degli intervistati) grazie alle dimensioni superiori rispetto allo smartphone e il peso più contenuto dei PC portatili.

Ma quali attività si compiono con questi strumenti?

Innanzitutto l’invio di certificati di malattia online, come avviene già per il 28% dei Mmg. Seguono la gestione della scheda individuale del paziente (15%) e i sistemi a supporto delle visite a domicilio su smartphone e tablet (15%). Tra gli altri servizi che i medici vorrebbero utilizzare su dispositivi mobili (a fronte di un utilizzo ancora limitato, pari al 2%) ci sono i sistemi di Tele-consulto con altri medici o specialisti di strutture sanitarie (68%). La possibilità di fruire di servizi ICT in mobilità al di fuori dello studio medico spesso è resa possibile da soluzioni Cloud che consentono ai medici di accedere a informazioni sempre aggiornate e di inserire e modificare i dati sul paziente durante le visite a domicilio, utilizzando il dispositivo mobile che meglio si adatta alle proprie esigenze.

PSA e ca prostatico, il dibattito continua

L'opportunità o meno dello screening routinario per il cancro alla prostata con il test del PSA continua ad animare la discussione tra gli esperti

Giuseppe Belleri
Medicina Generale, Flero (BG)

Nuova messa in discussione sullo screening del PSA, dopo che per anni i media hanno raccomandato a tutti gli uomini l'esecuzione del test come garanzia di prevenzione e diagnosi precoce del tumore prostatico. Non sarebbe proprio così. Ad evidenziarlo è un recente articolo pubblicato sul *Journal of Men's Health* (March 2014, 11:10-17), dal titolo: "PSA screening: Una discussione sulla base delle raccomandazioni USPSTF e le linee guida AUA ed EAU". Articolo in cui si sottolinea che lo screening del PSA in persone asintomatiche può esporre al rischio di sovra-diagnosi e sovra-trattamenti, falsi positivi e "noti danni potenziali associati con lo screening e il trattamento", specie in soggetti giovani e senza fattori di rischio associati (familiarità, "razza" etc..).

Nel 2012 uno studio condotto dai ricercatori della *Washington University School of Medicine* e pubblicato sul *Journal of the National Cancer Institute*, aveva concluso che gli esami effettuati annualmente da tanti uomini over 50 anni per valutare le condizioni della propria prostata (esame digitale rettale della prostata e dosaggio nel sangue dei livelli di antigene PSA) erano da considerarsi sostanzialmente inutili.

► Le linee guida dell'AUA

Proprio alla luce dei risultati di questo studio, nel 2013 gli urologi americani dell'AUA (*American Urological Association*), hanno emanato

nuove linee guida per lo screening del cancro della prostata con la sintesi delle raccomandazioni per lo screening del PSA, specie occasionale su richiesta degli assistiti:

- Lo screening con PSA negli uomini sotto i 40 anni non è raccomandato.
- Lo screening di routine negli uomini di età compresa tra 40-54 anni, a rischio medio, non è raccomandato.
- Per gli uomini di età compresa tra 55-69 anni, la decisione di sottoporsi a screening con PSA comporta la valutazione dei benefici di prevenire la mortalità per cancro della prostata in 1 uomo ogni 1.000 nel decennio successivo, a fronte dei noti danni potenziali associati con lo screening e il trattamento. Per questo motivo, il processo decisionale condiviso è raccomandato per gli uomini dai 55 ai 69 anni che hanno preso in considerazione lo screening PSA, e la decisione va presa sulla base dei valori e delle preferenze dei pazienti.
- Per ridurre i danni dello screening, un intervallo di screening di routine di due anni o più potrebbe essere preferito a screening annuali per gli uomini che hanno partecipato al processo decisionale condiviso e deciso di effettuare lo screening. Rispetto allo screening annuale gli intervalli di screening biennali consentono maggiori benefici e riducono sovradignosi e falsi positivi.
- Lo screening del PSA non è raccomandato in uomini di età superiore ai 70 anni o con aspettativa di vita di 10-15 anni.

Ora speriamo che anche i mass media, dopo aver pubblicizzato a tappeto e in modo superficiale la necessità del PSA, diano altrettanta diffusione all'articolo pubblicato dal *Journal of Men's Health* e alle prudenti raccomandazioni, che arrivano dalla maggiore associazione professionale degli urologi a livello mondiale (AUA).

AGGIORNAMENTI



■ ALLERGOLOGIA

Ipersensibilità ai farmaci: un problema sottovalutato

■ CARDIOLOGIA

Bendopnea, un nuovo sintomo dello scompenso cardiaco

■ DERMATOLOGIA

La svolta della terapia per la cheratosi attinica

■ DIABETOLOGIA

ESC ed EASD alleate nella prevenzione del prediabete

■ MALATTIE INFETTIVE

Epatite E, il rischio riguarda anche l'Italia

■ NEUROLOGIA

La nevralgia post-erpetica nel setting della medicina generale

■ ONCOLOGIA

Tumore ovarico: la sfida di riconoscerlo "in tempo"

■ ALLERGOLOGIA

Ipersensibilità ai farmaci: un problema sottovalutato

Le reazioni da ipersensibilità a farmaci colpiscono il 7% della popolazione⁽¹⁾ e costituiscono un grave problema per la salute, poiché possono essere potenzialmente mortali e richiedere, o prolungare, un ricovero in ospedale⁽²⁾. Sia i casi di underdiagnosis (sottovalutazione del fenomeno) sia quelli di overdiagnosis (uso eccessivo del termine "allergia") sono comuni nella pratica clinica e possono portare alla prescrizione di farmaci più costosi o meno efficaci.

Queste informazioni provengono dal Documento di consenso internazionale (ICON) sulle allergie ai farmaci, presentato in occasione del 6th Drug Hypersensitivity Meeting, patrocinato dall'Accademia europea di allergologia e immunologia clinica (EAACI) (Berna, Svizzera, 9-12 aprile 2014).

È il primo documento sottoscritto da quattro enti internazionali, riuniti nell'International Collaboration in Asthma, Allergy and Immunology (iCAALL) che riesamina e aggiorna le principali prove scientifiche sulle reazioni da ipersensibilità a farmaci per fornire gli strumenti con cui supportare il processo decisionale dei medici e migliorare la pratica clinica nella

gestione delle allergie ai farmaci. Gli esperti hanno esaminato con occhio critico le linee guida esistenti, mettendo in risalto i messaggi chiave, discutendo le differenze e la mancanza di prove. "L'approccio alle reazioni da ipersensibilità a farmaci è complesso e deve essere preciso, qualunque sia il farmaco in oggetto.

Questo documento di consenso è stato necessario per fornire alla comunità medica un documento di consultazione generale per migliorare la diagnosi e il trattamento delle reazioni da ipersensibilità a farmaci," commenta Pascal Demoly, Vice presidente EAACI per la formazione e la specializzazione.

► Le manifestazioni più frequenti

Le reazioni da ipersensibilità a farmaci sono una serie di effetti indesiderati causati dall'assunzione di farmaci. Orticaria ed eruzioni maculopapulari sono la manifestazione più frequente, sebbene vi siano molte altre presentazioni cliniche⁽¹⁾.

Di fronte al sospetto di allergia da farmaci è fondamentale raggiungere una certezza diagnostica in modo da poter predisporre opportune misure preventive; inoltre, un'errata



EAACI
EUROPEAN ACADEMY OF ALLERGY
AND CLINICAL IMMUNOLOGY

classificazione potrebbe avere conseguenze sui futuri trattamenti da prescrivere al paziente. Per giungere alla conferma i passi necessari comprendono una buona valutazione della storia clinica, l'esecuzione di test cutanei standard, il ricorso eventuale a test in vitro e, per concludere, i test di provocazione.

Una delle sessioni più significative del documento è stata dedicata all'incremento del rischio di ipersensibilità da farmaci associato agli HLA (antigeni umani leucocitari). "Aver scoperto che alcune gravi allergie ai farmaci compaiono quasi esclusivamente in portatori di un determinato allele HLA rende possibile il ricorso alla medicina personalizzata per un uso più sicuro dei farmaci, evitando gravi effetti collaterali", spiega il professor Werner J. Pichler, Presidente del DHM 2014 e direttore del servizio di Allergologia presso l'Ospedale Universitario di Berna, in Svizzera.

Bibliografia

1. Gomes ER, Demoly P. Epidemiology of hypersensitivity drug reactions. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005; 5: 309-16
2. Demoly P, et al. International Consensus on drug allergy. *Allergy* 2014; 69:420-37

■ CARDIOLOGIA

Bendopnea, un nuovo sintomo dello scompenso cardiaco

Cardiologi texani identificano un nuovo sintomo: si chiama "*bendopnea* (per ora pare privo di traduzione italiana) e indica affanno nel respiro quando il paziente si piega in avanti. Circa un terzo dei pazienti con scompenso cardiaco in stadio avanzato accusa questo sintomo, spiegano gli autori dello studio, pubblicato su un recente numero del *Journal of the American College of Cardiology: Heart Failure*.

► Profilo emodinamico peculiare

Il sintomo si associa ad un ben preciso profilo emodinamico, che viene definito "C" ed equivale a un'alta pressione di riempimento ventricolare sinistro e ad un basso indice cardiaco.

Questi pazienti, con quadri particolarmente severi, necessitano di aggiustamenti della loro terapia, in assenza dei quali saranno molto probabilmente destinati a una successiva rivalutazione del loro stato e alla presa in considerazione di opzioni terapeutiche con *device* per supportare la funzione ventricolare o il trapianto di cuore. "Nella no-

stra esperienza - commentano gli autori - questo è il primo nuovo sintomo identificato dopo tanti anni. Si tratta di un sintomo facilmente identificabile e che il paziente è in grado di osservare e riferire al proprio medico. Per il medico rappresenta un elemento di grande aiuto in quanto permette di valutare il grado di edema del paziente con scompenso cardiaco in stadio avanzato".

Il respiro corto è riscontro comune nello scompenso cardiaco, e può comparire in differenti momenti, sia come conseguenza di uno sforzo (dispnea) sia quando il paziente si corica (ortopnea).

► Come si svela il sintomo

Ma molti pazienti riferiscono anche una mancanza di respiro quando si chinano in avanti. Per poter valutare l'effettiva presenza del sintomo, suggeriscono gli autori, è sufficiente chiedere al paziente di chinarsi, come se dovesse allacciarsi le scarpe, e di mantenere la posizione per qualche secondo: se le difficoltà nel respiro compaiono entro 30 secondi la positività al sintomo è accertata.

Lo studio ha arruolato 102 pazienti

con scompenso cardiaco sistolico, di età compresa tra 60 e 95 anni e classe funzionale NYHA 3 o 4. In tutti i soggetti è stata eseguita una valutazione emodinamica. Sono risultati affetti da "*bendopnea*" 29 pazienti che manifestavano anche altri sintomi di malattia scompensata (angina, dispnea, ortopnea, gonfiore addominale); all'esame fisico il nuovo sintomo era associato a una elevata pressione venosa giugulare.

Un altro rilievo proveniente dallo studio è che le difficoltà del respiro non parrebbero associate ad una aumentata circonferenza addominale; sebbene il BMI dei pazienti con "*bendopnea*" fosse elevato, non sono state registrate differenze tra le circonferenze addominali dei pazienti con/senza sintomo.

Gli autori concludono affermando che ogni sintomo che può essere identificato in questi pazienti consente una più completa valutazione del loro stato. Thibodeau JT et al. *Characterization of a novel symptom of advanced heart failure: bendopnea*. *JACC Heart Failure* 2014; 2: 23-31



■ DERMATOLOGIA

La svolta della terapia per la cheratosi attinica

Innovazione e rapidità: queste sono le peculiarità di una nuova opzione terapeutica contro la cheratosi attinica. Si tratta di inegnegnolo mebutato, un prodotto attivo sulle cheratosi attiniche e sul campo di cancerizzazione che richiede solo 2-3 giorni di applicazione. Presenta un meccanismo di azione duplice.

Inizialmente genera una necrosi del tessuto attraverso una azione diretta sui mitocondri, seguito da una risposta immunitaria, prevalentemente guidata da granulociti neutrofili, cellule addette alla difesa immunitaria rapida, "di prima linea". A questo meccanismo sono legati sia i vantaggi sia alcuni importanti aspetti che contraddistinguono questo farmaco, quali:

- la breve durata della terapia (il paziente applica il prodotto per soli 2 o 3 giorni, a seconda della sede della lesione), che permette di avere una altissima aderenza;
- l'efficacia sia sulle lesioni che sul campo, generando una reazione sull'intera area trattata;
- la limitata e breve durata della reazione locale: sebbene molto evidente, con arrossamento e comparsa di vescico-pustole, la

reazione è limitata all'area di applicazione, le lesioni non sono dolenti, e, soprattutto, sono di breve durata, risolvendo in pochi giorni dal termine della terapia.

"Gli studi - commenta Giovanni Pellacani, professore ordinario di Dermatologia e Direttore Clinica Dermatologica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - hanno mostrato dati di efficacia molto interessanti. Infatti si è avuta la guarigione di oltre l'80% delle lesioni trattate alla testa/collo, e di oltre il 75% di quelle del corpo (notoriamente più tenaci), con un elevato numero di pazienti che ha avuto la totale scomparsa delle lesioni presenti nell'area trattata.

► Efficacia a lungo termine

Dati sull'efficacia a lungo termine indicano la ricomparsa di una cheratosi attinica solo in circa il 13% dei pazienti che hanno avuto risoluzione completa. Questo a convalidare l'azione del farmaco sul 'campo di cancerizzazione', rilevante per ottenere una terapia di 'fondo' mirata a ridurre sia le recidive sia la progressione verso for-

me di tumore cutaneo più pericoloso, quale il carcinoma squamocellulare".

"La cheratosi attinica - spiega Giampiero Girolomoni, professore ordinario di Dermatologia e Direttore della Clinica Dermatologica, Università degli Studi di Verona - è una forma di carcinoma allo stadio iniziale o 'in situ': non sempre questo tipo di carcinoma intraepiteliale evolve in senso maligno. Il 15-25% di queste neoformazioni regredisce spontaneamente mentre l'evoluzione in carcinoma squamoso invasivo avviene nel 5-20% dei casi.

La differenza principale con altri tipi di tumore della pelle consiste nel fatto che il paziente può manifestare decine, centinaia di lesioni attiniche molto antiestetiche e ciascuna potenzialmente pericolosa perché a rischio di evoluzione maligna.

A differenza del melanoma, che metastatizza con elevata frequenza e causa elevata mortalità, il carcinoma squamoso della cute dà luogo raramente a metastasi ai linfonodi o organi interni, ma la lesione può diventare di grandi dimensioni, approfondirsi negli strati sotto la pelle e ulcerarsi, ponendo seri problemi terapeutici".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ DIABETOLOGIA

ESC ed EASD alleate nella prevenzione del prediabete

Aumenta l'interesse verso la possibilità di identificare soggetti con intolleranza al glucosio che potrebbero in seguito sviluppare diabete condizione che però, se "presa per tempo" con opportuni interventi sugli stili di vita, può essere ritardata. In merito l'European Society of Cardiology (ESC), in collaborazione con l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) ha stilato le linee guida per la gestione del diabete mellito, del prediabete e della malattia cardiovascolare. Le coorti di soggetti da prendere in considerazione per uno screening sono: la popolazione generale, i soggetti con condizioni di rischio (obesità, ipertensione, anamnesi familiare di diabete) e i pazienti con malattia cardiovascolare. Nella popolazione generale la strategia di screening più appropriata prevede la definizione dello score di rischio per diabete (in Europa è il più comunemente utilizzato è il FINDRISK), uno strumento in grado di fornire una previsione a 10 anni del rischio di sviluppare diabete, incluse le forme asintomatiche e l'intolleranza glucidica, con un'accuratezza dell'85%. Ritardare l'evoluzione verso il diabete di tipo 2 passa sostanzialmente

attraverso una concreta modificazione degli stili di vita: alimentazione, esercizio fisico, eliminare il fumo.

Nei pazienti che hanno già alterazioni del metabolismo glicidico lo screening prevede la verifica dell'albuminuria e dei livelli di peptide natriuretico pro-B (NT-proBNP) (quest'ultimo è un forte predittore di un eccesso di rischio cardiovascolare, indipendentemente della presenza di albuminuria e di altri fattori di rischio convenzionali).

La valutazione della presenza di calcio nelle arterie è in grado di predire con buona accuratezza il rischio di ischemia miocardica silente e di outcome a breve termine. Insieme alla scintigrafia il valore predittivo è sinergico nei confronti degli eventi cardiovascolari.

Alte indagini (indice caviglia braccio, spessore intima/media, pulse wave velocity e valutazione della neuropatia autonoma) possono considerarsi dei marker utili in grado di aggiungere dettagli al quadro prognostico; mentre lo screening Ecg è efficace per diagnosticare una cardiopatia silente, evento tutt'altro che raro in questi pazienti (nel diabete mellito oltre il 60% degli infarti miocardici sono silenti).

Per quanto attiene il controllo glice-

mico questo, se condotto con efficacia, consente la prevenzione degli eventi: per ogni riduzione di circa 1% dell'emoglobina glicata si assiste a una riduzione del 15% del rischio relativo di infarto non fatale.

I target di emoglobina glicata per la riduzione della malattia microvascolare sono <7.0% mentre è più complessa la definizione di target nei confronti della prevenzione delle complicanze macrovascolari in quanto entrano in gioco numerosi fattori (di conseguenza una HbA1c <7%, comunque auspicabile, deve necessariamente essere calibrata in funzione dello specifico profilo di rischio del paziente). Meno ambiziosi, invece, gli obiettivi considerati desiderabili nel paziente anziano, nel quale sono accettabili valori di HbA1c <7.5%-8%.

L'importanza della valutazione multifattoriale del rischio e la gestione dei cambiamenti degli stili di vita, centrati su interventi dietetici e adeguati programmi di attività fisica, che sono stati ampiamente valorizzati nella prima parte delle linee guida in quanto fondamentali di una prevenzione del diabete e delle conseguenze cardiovascolari, non perdono il loro valore nemmeno nei pazienti con malattia conclamata. Fornire al paziente valido e costante supporto per facilitare il mantenimento degli stili di vita più adeguati continua a rappresentare una importante sfida nella gestione a lungo termine della malattia diabetica, delle comorbidità, delle complicanze. (Diab Vasc Dis Res 2014; 11: 133)

■ MALATTIE INFETTIVE

Epatite E, il rischio riguarda anche l'Italia

Dopo gli Usa, il Giappone, alcuni Paesi europei (Francia, Olanda, Inghilterra) il virus dell'epatite E fa registrare casi anche in Italia. Recentemente è stato registrato un numero crescente di segnalazioni di casi, non spiegabili con viaggi all'estero, sia in Europa sia in Italia e i virus coinvolti sono apparsi molto simili geneticamente ai virus che infettano il suino, tradizionalmente considerato il reservoir animale del virus. Il virus dell'epatite E (HEV) è un RNA virus del quale si conosce un solo sierotipo, al quale appartengono quattro genotipi maggiori:

a.G 1, isolato nelle regioni tropicali e subtropicali di Asia e Africa;

b.G 2, isolato in Messico, Nigeria, Ciad;

c.G 3, quello a più larga diffusione, essendo stato isolato in tutto il mondo esclusa l'Africa;

d.G 4, isolato solo in Asia.

“Dopo un periodo di incubazione asintomatico, che può durare da 2 a 6 settimane, - spiega il professor Franco Maria Ruggeri, presidente della Società Italiana di Virologia e dirigente di ricerca presso l'Istituto Superiore di Sanità - compaiono i sintomi che sono molto simili a quelli dell'epatite A. In particolare febbre, stanchezza, dolore addominale, perdita di appetito, nausea, vomito, urine scure, ittero. Nella maggior parte dei casi i sintomi sono

lievi e si risolvono nel giro di poche settimane. Raramente è descritta come fulminante e normalmente ha una mortalità molto bassa, inferiore all'1% dei casi infetti. La malattia è acuta, generalmente auto limitante, e colpisce prevalentemente adulti normali. Questa forma di epatite, generalmente, non ha tendenza a cronicizzare e solo di rado può compromettere la funzionalità epatica. Sono però considerati a rischio particolarmente elevato i soggetti sottoposti a terapie immunosoppressive, come i trapiantati, i quali possono contrarre una forma di virus che va verso una cronicizzazione dell'epatite. La quale, nei casi più gravi, può anche trasformarsi in cirrosi e condurre il soggetto persino alla morte”.

È verosimile che il problema dell'epatite E che possa configurarsi come emergente anche nel nostro Paese. In realtà nell'ultimo decennio ricercatori di Roma e Milano hanno dimostrato che su un totale di circa 150 casi confermati di epatite E in tutta Italia, almeno 34 non erano ascrivibili a viaggi in paesi endemici, come quelli asiatici. Nonostante la diagnostica virologica sia ancora complicata, in almeno 7 di questi casi sono stati identificati virus HEV di genotipo 3, simili a quelli che circolano nei suini, mentre in quattro casi era presente virus di genotipo 4. Del resto,

una vasta diffusione di HEV G3 anche negli allevamenti suini europei e italiani è stata ampiamente dimostrata. Anche nel nostro Paese, quindi, esiste un potenziale rischio di trasmissione zoonotica legato al consumo di carne fresca, come appunto salsicce di fegato. Sono noti da tempo numerosi *reservoir* animali del virus. Come già detto, il suino in primis. Oltre alla trasmissione per via alimentare per consumo di carni infette sarebbe inoltre possibile anche la trasmissione per contatto con animali infetti (in questo caso si può configurare come malattia professionale per alcune categorie professionali che lavorano a stretto contatto con animali infetti). Non trascurabile nemmeno il ruolo svolto da altre specie animali, quali per esempio i roditori in determinate situazioni socio-ambientali. Indagini effettuate in Usa hanno infatti permesso di evidenziare la presenza di anticorpi anti-HEV in roditori catturati in aree rurali e urbane (la prevalenza è risultata più elevata nei soggetti catturati nelle aree urbane/metropolitane - New York City, Baltimora, Miami, Atlanta, New Orleans - con un valore medio di 60.5%, piuttosto che in quelli catturati nelle aree rurali, con un valore medio di 26.5%). Anche i roditori dunque possono fungere da *reservoir* del virus, soprattutto nei confronti degli animali d'allevamento (specie nei Paesi industrializzati), ma anche nei confronti dell'uomo laddove sussistono condizioni di promiscuità e di carenza di igiene diffuse (Echevarria JM. Scientifica (Cairo) 2014; 2014:481016. Epub 10 febbraio 2014 Prince J. Top Antivir Med 2014; 21: 157-63).

■ NEUROLOGIA

La nevralgia post-erpetica nel setting della medicina generale

La gestione pratica della patologia può esser suddivisa in due fasi, prevenzione e trattamento, dove la sfida più grande è quella che vede il medico in campo nella terapia della sindrome dolorosa neuropatica.

Di fatto non esistono terapie risolutive ma solo terapie palliative, in grado di ridurre la durata e la gravità dei sintomi, mentre ci si affida alla vaccinazione per prevenire le lesioni della varicella o le recidive dell'infezione dal virus varicella-zoster.

Le linee guida correnti per la gestione della nevralgia post-erpetica raccomandano diverse classi farmacologiche: i gabapentinoidi (gabapentin e pregabalin), gli antidepressivi triciclici, gli oppioidi, gli agenti topici e le terapie di combinazione basate sull'associazione di molecole con differenti meccanismi d'azione.

Per assicurare risultati ottimali è importante che la scelta della terapia iniziale sia guidata non solo dal livello di efficacia del farmaco, ma anche dalle considerazioni relative alle eventuali comorbidità presentate dal paziente, alla gravità della sintomatologia algica, agli eventuali eventi indesiderati e alla possibilità di interazioni tra farmaci, al profilo di titolazione del regime te-

rapeutico e, ultimo ma non ultimo, alle preferenze del paziente, soprattutto in casi in cui singole terapie abbiano fallito l'obiettivo di cura auspicato.

Poiché la nevralgia post-erpetica è una condizione complessa la cui gestione non può limitarsi ad un semplicistico trattare un'area dolorosa localizzata, l'approccio più funzionale è quello che contempla una terapia sistemica o una terapia di associazione piuttosto che il ricorso al solo trattamento analgesico topico.

► Considerazioni pratiche

Dal punto di vista pratico gli eventi indesiderati rappresentano il principale elemento limitante della maggior parte delle terapie. Gli antidepressivi triciclici manifestano eventi avversi anticolinergici e questo, soprattutto nei pazienti anziani, può causare problemi di equilibrio e alterazioni della funzionalità cognitiva. I pazienti in là con gli anni, se trattati con analgesici oppioidi, hanno un rischio aumentato di problemi di mobilità, una più alta probabilità di rischio di fratture di femore e di alterazioni cognitive. Inoltre, considerando le difficoltà insite nella titola-

zione di questa classe di farmaci, l'American Pain Society e l'American Academy of Pain Medicine suggeriscono un esordio cautelativo con gli oppioidi e la loro titolazione nei pazienti fragili, anziani, con comorbidità.

I gabapentinoidi dispongono del profilo di sicurezza migliore rispetto ad altri farmaci utilizzabili per via orale, sebbene anch'essi possano associarsi alla comparsa di vertigini, sensazione di gonfiore, pensiero confuso, sonnolenza. Gli agenti topici, soprattutto i patch con lidocaina al 5%, hanno un ottimale profilo di sicurezza sebbene siano di scarsa applicabilità qualora la sintomatologia coinvolga aree del corpo quali il capo o il viso; hanno inoltre un regime di applicazione gravoso per il paziente (per esempio creme o patch a base di capsicina) e possono essere inefficaci in monoterapia.

Tra le nuove formulazioni, il gabapentin in forma gastroresistente può semplificare la gestione quotidiana della cura per il paziente, migliorandone la compliance sia perché si tratta di una terapia da assumere una volta al giorno, sia perché, rispetto ad altri esponenti della classe, ha una minore incidenza di eventi avversi. Infine, combinata con terapia topica a base di patch con lidocaina si configura come un buon candidato alla terapia associativa, anche per il basso livello di interazione tra i due farmaci che l'associazione dimostra di possedere (Massengill J, Kittredge LJ. *J Pain Res* 2014; 7: 125-32).

■ ONCOLOGIA

Tumore ovarico: la sfida di riconoscerlo “in tempo”

Il tumore ovarico viene ritenuto un “killer silenzioso”, di cui si parla troppo poco e di cui si sa ancora meno, ma che colpisce nello stesso modo sia nei Paesi sviluppati che nelle Nazioni emergenti. Ogni anno ne vengono colpite 250.000 donne e troppo spesso, a causa principalmente dei sintomi molto aspecifici (*tabella 1*), viene diagnosticato tardi, quando le possibilità di cura sono più ridotte.

Per far conoscere questa malattia è stata creata, l'8 maggio, la Giornata Mondiale sul Tumore Ovarico, con il fine di fornire informazioni a tutte le donne in tutti i Paesi.

Proprio in occasione della Giornata Mondiale sul tumore ovarico, in Italia è stata presentata la prima guida tascabile sul tumore ovarico, dal titolo “Il Silenzio non è d'oro”, realizzata da ACTO Onlus in collaborazione con 8 società scientifiche.

► Una guida contro la malattia

L'intento di questo strumento, impostato con la tecnica dello *storytelling*, è quello di abbattere il muro di silenzio che circonda questa malattia, aiutando ogni donna a conoscerla e a riconoscerla nei suoi diversi aspetti di prevenzione, dia-

gnosi e cura attraverso storie di vita vissuta, come quella di Anna, che è riuscita a sconfiggere questo killer silenzioso o come quella di Paola che torna a nuova vita dopo essere stata sottoposta a intervento chirurgico e a terapie antitumorali.

La guida mette a fuoco i numeri della malattia in Italia (8° causa di morte tumorale, 5mila nuove diagnosi ogni anno) e nel mondo (250mila nuovi casi all'anno e 140mila decessi) e il tema della ereditarietà, che sta alla base del 15-25% dei tumori ovarici, mettendo in guardia dagli screening inutili e concentrandosi sull'importanza della conoscenza dei sintomi premonitori, del dialogo con il proprio medico e degli stili di vita da adottare per diminuire il rischio di essere colpite, oltre a consigli e indicazioni sui criteri con cui scegliere il centro specialistico dove affrontare con successo la malattia.

Box informativi, infografiche e schede tecniche rispondono alle domande più frequenti e, correndo in parallelo alle storie di vita, offrono una quadro completo di una malattia che nell'80-90% dei casi colpisce fra i 20 e i 65 anni, con un picco massimo d'incidenza fra i 55 e i 65 anni.

Tabella 1

Tumore ovarico: sintomi che possono suggerire la necessità di un approfondimento

Per il tumore dell'ovaio non esiste un elenco chiaro e preciso dei sintomi ai quali prestare attenzione, ma i sintomi più comuni sono:

- bisogno di urinare spesso
- gonfiore persistente della parte inferiore dell'addome
- fitte addominali

Sintomi meno comuni sono: inappetenza, senso di immediata sazietà, indolenzimento della zona addominale, perdite ematiche vaginali, senso di tensione e di pesantezza, nonché aerofagia e un cambiamento della motilità intestinale.

Quando questi sintomi compaiono costantemente ogni giorno per più di 12-15 giorni al mese e per più di due o tre mesi consecutivi soprattutto se combinati tra loro o in sequenza e senza cause apparenti, possono essere un segnale di allarme.

Mod. da “Il silenzio non è d'oro”

La postfazione è stata realizzata a cura della Simg, a sottolineare l'importanza del medico di famiglia, in particolare nel sospetto clinico di questa patologia.

La guida è scaricabile gratuitamente dal sito www.actoonlus.it.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Il carico assistenziale del dolore in MG

Il dolore è una delle cause più frequenti di consultazione del medico di famiglia da parte degli assistiti. Si valuta che circa un terzo dei contatti del medico di medicina generale con i propri assistiti riguarda il problema dolore. Uno studio retrospettivo condotto nel distretto casentino ha valutato il carico assistenziale portato dai pazienti con dolore cronico nella medicina generale italiana

Marcello Grifagni

Medicina generale - Tutor Coordinatore Sanitario Distretto Casentino AUSL 8 Arezzo

Giuliano Rossi

Medicina generale - Coordinatore AFT Casentino AUSL 8, Arezzo

Una quota più o meno rilevante dei pazienti della medicina generale è affetta da dolore cronico, cioè dolore che si protrae per almeno 3 mesi, e che quindi necessita di un approccio diagnostico e terapeutico distinto dal dolore occasionale. La letteratura internazionale valuta la prevalenza del dolore cronico nella popolazione generale europea in percentuali che variano dal 11% al 30% con una media del 19%. In un recente studio pubblicato su *Pain Medicine* la prevalenza del dolore cronico tra i pazienti dei MMG Australiani è risultata del 19.2% (1-3). Obiettivo di questo studio è di capire, attraverso una indagine retrospettiva, quale sia stato il carico assistenziale portato dai pazienti con dolore cronico nella medicina generale italiana.

► **Metodi**

Ricerchiamo retrospettivamente i dati sul dolore cronico nella cartelle dei Mmg, ancorché ben aggiornate e compilate con la massima accuratezza, presenta alcune difficoltà. Non è possibile identificare la patologia "dolore cronico" basandosi sulla classificazione ICD9 in quanto non codificata in maniera specifica, è inoltre quasi impossibile stadiarlo in quanto praticamente nessun Mmg registra le scale di intensità del dolore.

Per ovviare a questi problemi abbiamo deciso di utilizzare dati sicuramente registrati nelle cartelle cliniche e riferibili direttamente al problema in esame. Siamo quindi partiti dalle prescrizioni di farmaci antidolorifici ed elaborato una classificazione del dolore correlata alla quantità di pre-

scrizioni annuali, basata quindi sulla frequenza del sintomo dolore:

- dolore occasionale, episodio singolo (1 prescrizione in un anno)
- dolore occasionale prolungato o ripetuto (2 prescrizioni in un anno)
- dolore scarsamente recidivante (da 3 a 5 prescrizioni in un anno)
- dolore recidivante (da 6 a 8 prescrizioni)
- dolore sub-continuo (da 9 a 12 prescrizioni)
- dolore continuo (più di 12 prescrizioni in un anno)

Le classi 1 e 2 rappresentano il dolore acuto, prettamente nocicettivo, il dolore "utile"; le classi 3 e 4 rappresentano il dolore recidivante, da noxa persistente o cronica, con probabile componente neuropatica. Nelle classi 5 e 6 abbiamo individuato il dolore cronico in cui è sicuramente presente un'importante componente neuropatica. Le procedure da seguire e le stringhe di estrazione da applicare ai programmi gestionali sono state trasmesse ad ogni collega tramite successivi messaggi e-mail e ogni passaggio è stato rivalutato ed eventualmente corretto tramite dialogo telematico.

Sono stati invitati a partecipare 28 medici di medicina generale che fanno parte della AFT del Casentino e 13 hanno aderito al progetto. Tutti sono dotati di programma gestionale Millewin. Si è esaminato il periodo settembre 2012-agosto 2013.

La selezione di pazienti con almeno nove prescrizioni in un anno è stata inserita in un registro personale e su quello abbiamo lavorato estraendo il tipo di terapia prescritta per un anno, le singole molecole, gli accertamenti richiesti negli ultimi 365 giorni.

► Risultati

Hanno aderito all'iniziativa 15 medici. Non tutti hanno inviato i dati completi, per cui abbiamo formato 3 coorti di assistiti al di sopra dei 14 anni su cui abbiamo effettuato i calcoli: la 1° coorte di 20073 assistiti per la valutazione di prevalenza, la seconda di 11731 assistiti per la valutazione degli accertamenti prescritti, la terza di 17563 per le valutazioni della gestione terapeutica del dolore cronico. Sono esclusi i pazienti in età pediatrica perchè assistiti dalla pediatria di libera scelta. Il numero di assistiti che nel corso dell'anno hanno avuto episodi di dolore, valutata in base all'utilizzo di farmaci antidolorifici, è risultato 5562 (27.7% del totale della coorte in esame); 450 (8% dei pazienti con

dolore) hanno utilizzato più di 9 confezioni di farmaci antidolorifici e quindi (seguendo i criteri sopraesposti) possono essere classificati come affetti da dolore cronico. La prevalenza del dolore cronico nella popolazione generale è quindi valutata nel 2.2%. Le donne con dolore cronico sono 289, contro meno della metà di maschi 127. Le fasce di età più colpite sono quelle al di sopra dei 65 anni (tabella 1). I pazienti con dolore cronico hanno fatto in media circa un accertamento di routine, meno di una richiesta di RX, 0.2 per TAC e 0.3 per RM. Quasi 2 per paziente le visite specialistiche (per i motivi più vari) (tabella 2). La coorte di pazienti di cui sono stati forniti dati attendibili riguardo i farmaci antidolorifici prescritti è costituita da 17563 assistiti di cui 403

Tabella 2

Visite e accertamenti nel paziente con dolore cronico

Tot. Pazienti Dolore Cronico	255
Glicemia	241
Creatinina	248
LDL	128
RBC	167
WBC	115
PCR	115
VES	120
Uricemia	103
ALT	183
ECO (tutte)	176
RX	240
TAC	47
RM	59
Visite	431

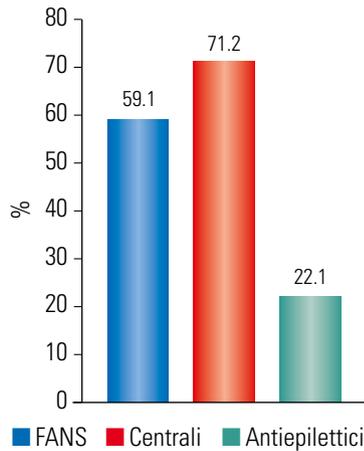
Tabella 1

Prevalenza dei pazienti con sintomo dolore

Med	Assistiti (n=)	Dolore cronico per fascia età					N. prescrizioni antidolorifici/paziente										Con dolore		Con dolore cronico		Sesso	
		<16	16-45	46-65	66-85	>85	1	2-4	5-7	8-11	>12			M	F							
w	1711	0	3	11	21	3	301	17.6%	232	13.6%	54	3.2%	27	1.6%	19	1.1%	633	37.0%	38	2.2%	9	29
f	1180	0	1	8	7	3	119	10.1%	79	6.7%	27	2.3%	9	0.8%	13	1.1%	247	20.9%	19	1.6%	3	16
a	261	0	0	2	2	1	18	6.9%	17	6.5%	4	1.5%	3	1.1%	3	1.1%	45	17.2%	5	1.9%	2	3
m	1149	0	1	6	10	2	172	15.0%	102	8.9%	26	2.3%	16	1.4%	7	0.6%	323	28.1%	19	1.7%	6	12
n	1640	0	2	18	34	5	228	13.9%	123	7.5%	21	1.3%	29	1.8%	33	2.0%	434	26.5%	59	3.6%	18	41
q	1150						171	14.9%	120	10.4%	30	2.6%	24	2.1%	16	1.4%	361	31.4%	33	2.9%		
x	1536	0	2	7	13	21	195	12.7%	136	8.9%	29	1.9%	18	1.2%	18	1.2%	396	25.8%	43	2.8%	11	32
y	1480	0	2	8	21	14	250	16.9%	184	12.4%	35	2.4%	30	2.0%	26	1.8%	525	35.5%	45	3.0%	12	33
t	1360	0	1	3	7	3	191	14.0%	126	9.3%	17	1.3%	8	0.6%	10	0.7%	352	25.9%	14	1.0%	6	8
o	1188	0	6	7	23	7	189	15.9%	153	12.9%	33	2.8%	27	2.3%	22	1.9%	424	35.7%	43	3.6%	11	32
k	1580	0	2	10	19	2	225	14.2%	135	8.5%	32	2.0%	13	0.8%	22	1.4%	427	27.0%	33	2.1%	15	18
à	1551	0	5	7	11	5	290	18.7%	215	13.9%	41	2.6%	21	1.4%	16	1.0%	583	37.6%	28	1.8%	7	21
v	1631	0	1	4	8	12	206	12.6%	143	8.8%	36	2.2%	13	0.8%	18	1.1%	416	25.5%	25	1.5%	10	15
p	1070	0	2	3	6	11	188	17.6%	144	13.5%	34	3.2%	18	1.7%	12	1.1%	396	37.0%	22	2.1%	8	14
z	1586	0	1	4	8	12	201	12.7%	140	8.8%	30	1.9%	18	1.1%	19	1.2%	395	24.9%	24	1.5%	9	15
Tot.	20073	0	29	98	190	101	2944	14.7%	2094	10.2%	449	2.2%	274	1.4%	254	1.3%	5562	27.7%	450	2.2%	127	289

Figura 1

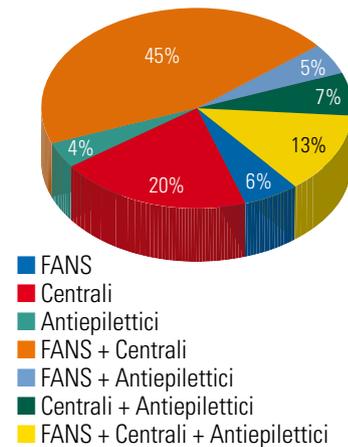
Farmaci utilizzati dai pazienti con dolore cronico (n.403)



è risultata affetta da dolore cronico; 182 pazienti (45%) è stato trattato con l'associazione di oppioidi e Fans; 81 pazienti (20%) con oppioidi da soli; 54 pazienti (13%) usa tutti e tre i tipi di farmaci, Fans, oppioidi, antiepilettici. In totale 287 pazienti (71.2%) con dolore cronico assume farmaci oppioidi (figura 1 e 2) e 238 (59.1%) assume Fans.

Figura 2

Terapia del dolore cronico (n.403)



Conclusioni

La prima riflessione sui risultati di questo studio riguarda le difficoltà legate all'assenza di registrazione di questo problema. Una possibile spiegazione è da attribuire, in primo luogo, alla scarsa attenzione al corretto inquadramento di questa malattia e, in secondo luogo, all'assenza nel codice ICD9 di questa patologia che ne rende difficoltosa la classificazione. Riguardo ai dati di prevalenza rilevati, si deve notare come quelli relativi al dolore cronico si discostino notevolmente da quanto rilevato dagli studi pubblicati nella letteratura internazionale. Infatti, se ci riferiamo alla prevalenza nella popolazione generale, abbiamo rilevato una prevalenza del 2.2%, contro stime della letteratura che variano dall'11% al 30% (1-2). La discrepanza si può spiegare con il metodo usato nel rilevamento: noi siamo partiti dall'osservazione retrospettiva delle prescrizioni di farmaci antidolorifici su tutta la popolazione durante un anno, in altri lavori il dato di prevalenza deriva da una osservazione prospettica trasversale (1-2). L'incidenza del dolore acuto invece è sostanzialmente allineata con i dati di letteratura, interessando circa 1/3 della popolazione generale. Durante l'anno di osservazione circa 1/4 della popolazione ha avuto necessità di essere curato per un dolore acuto sporadico. Il sesso femminile risulta il più colpito. Si conferma il dato intuitivo che la popolazione più anziana >65 anni è quella che più è interessata dal dolore cronico. Un altro elemento che ci interessava valutare riguardava il tipo di terapia antidolorifica di questi pazienti: si è rilevato che la classe di farmaci più utilizzata nel dolore cronico sono i farmaci oppioidi ad azione centrale (71.2%) da soli nel 20% dei

casi, associati a Fans nel 45% dei casi e associati a Fans e adiuvanti (antiepilettici, triptani) (13%). I Fans che fino a qualche anno fa erano i farmaci di gran lunga più usati in qualunque tipo di dolore continuano ad avere una loro rilevanza e sono utilizzati dal 59% del pazienti con dolore cronico. Ciò nonostante, l'utilizzo di oppioidi nella maggioranza dei pazienti testimonia una corretta gestione della terapia del dolore cronico che, per la presenza di meccanismi fisiopatologici del tutto particolari e distinti da quelli in causa nel dolore cronico, deve essere trattato prioritariamente con analgesici ad azione centrale. Tutti i dati rilevati dimostrano, a nostro avviso, una gestione tutto sommato corretta del problema dolore cronico, anche se sarebbe auspicabile una maggior attenzione alla registrazione in cartella clinica di questo problema. Ciò consentirebbe una miglior definizione epidemiologica del problema e quindi fornire elementi certi di programmazione professionale, consentendo di gestire ancor più correttamente e coscientemente il dolore cronico da parte dei Mmg.

Alla stesura dell'articolo hanno contribuito:

Gianfrancesco Bidi, Giuseppe Bigiarini, Massimo Crescini, Massimo Ducci, Stefano Gambineri, Josephine Leone, Rizieri Emilio Minelli, Vivaldo Vagnoli, Giancarlo Matini, Mauro Vangelisti, Luigi Giannini, Mauro Guidelli, Luigi Magnani
Medicina generale, AFT Casentino

Bibliografia

1. Koleva D, Krulichova I, Bertolini et al. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health* 2005; 15: 475-79
2. Henderson J, Harrison C, Britt H, et al. Prevalence, Causes, Severity, Impact, and Management of Chronic Pain in Australian General Practice Patients. *Pain Med* 2013; 14: 1346-61. doi: 10.1111/pme.12195
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333

Approccio clinico integrato da ecoscopia

L'obiettivo dello studio è quello di valutare se l'uso di un ecoscopio portatile di piccole dimensioni migliora l'approccio clinico al paziente affetto da patologia sistemica e addominale permettendo una precisa attribuzione del quadro sintomatologico in atto

Marco Castagna - Medicina generale - Viadana (MN)

La letteratura scientifica documenta in diversi capitoli la possibilità che un paziente possa essere affetto da due patologie concomitanti (appendicite acuta coesistente con l'influenza, oppure iperpiressia e meningite); la conseguenza di un mancato tempestivo riconoscimento di una delle due condizioni può comportare gravi complicanze cliniche tra cui il decesso. È altresì noto che patologie diverse possono manifestarsi con sintomi identici.

L'influenza è malattia infettiva caratterizzata da sintomatologia sistemica: febbre, malessere generale, cefalea, dolori muscoloscheletrici e respiratori, faringodinia. Molto frequentemente sussistono concomitanti disturbi a carico dell'apparato gastrointestinale tra i quali nausea, vomito, diarrea, addominalgia.

Quest'ultimo sintomo può avere origine in una qualsiasi struttura dell'addome o della sua parete, ma anche essere dovuta a cause in sedi extraddominali (pleure, cuore, polmoni, ecc).

Costituiscono segni di allarme, indice di gravità dell'addominalgia la presenza di: iperpiressia, stipsi, vomito, emottisi, ematemesi, contrattura della parete addominale, ittero, ecc.

Nella fase di progettazione dello studio sono state preventivamente identificate le patologie da diagnosticare mediante l'esame ecoscopico (*Vscan*), che possono essere responsabili di addominalgia: 1) calcolosi renale/ve-

scicale, 2) idronefrosi, 3) calcolosi colecistica, 4) versamento pleurico, 5) ascite, 6) aneurisma dell'aorta addominale, 7) splenomegalia.

Per questo studio sono stati arruolati tutti quei pazienti afferenti spontaneamente al medico di medicina generale e portatori di un quadro clinico/sintomatologico sistemico (malessere e/o rinorrea, e/o tosse, e/o nausea, e/o faringodinia, e/o febbre ecc.) e addominale (addominalgia), in periodo di massima incidenza di sindrome influenzale.

Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti affetti da franche scariche alvine di tipo diarroico, nonché tutti i pazienti che prima di accedere al medico di medicina generale, si erano recati autonomamente presso un pronto soccorso ospedaliero o presso il medico di continuità assistenziale per un quadro sintomatologico sistemico e addominale di tipo influenzale o simil-influenzale.

► Metodologia dello studio

Lo studio è durato tre mesi (dicembre 2013-febbraio 2014); le fasi operative dell'approccio clinico/strumentale nell'ambulatorio del medico di medicina generale hanno incluso:

- 1) anamnesi (fisiologica, patologica remota, patologica recente);
- 2) esame obiettivo (ispezione, palpazione, percussione, ascoltazione);
- 3) ecoscopia mediante *Vscan*;
- 4) diagnosi e terapia ed, eventual-

mente, ulteriori accertamenti ritenuti necessari per definire la diagnosi.

► Risultati

Complessivamente sono stati arruolati 38 pazienti, di età compresa fra 17 e 88 anni. Nella maggior parte dei pazienti il quadro sintomatologico generale e addominale è stato ascritto alla sindrome influenzale. In questi pazienti l'esame ecoscopico non ha rilevato nessuna criticità.

In un caso invece è stata evidenziata all'ecoscopia la presenza di *sludge* biliare (all'esame obiettivo l'algia spontanea al punto cistico aumentava nettamente alla palpazione). Tale condizione è stata meritevole di ulteriori accertamenti non urgenti, eseguiti presso l'ambulatorio del medico di medicina generale.

In un altro caso l'importante dolore toraco-addominale destro indagato con ecoscopia ha permesso di escludere il versamento pleurico, la calcolosi renale, l'idronefrosi e la colelitiasi. In un paziente è stata necessaria la prescrizione di ulteriori indagini.

In tutti i pazienti è stato possibile, tramite l'ecoscopia, dirimere il dubbio se la dolorabilità dell'addome fosse conseguenza o meno delle seguenti patologie: calcoli nefrovescicali, idronefrosi, colelitiasi, aneurisma aortico, versamento pleurico, versamento ascitico, splenomegalia.

La durata media dei singoli esami

ecoscopici è stata di 3-4 minuti.

Nelle ecoscopie eseguite nei pazienti con addominalgia dovuta alla sindrome influenzale si è riscontrato nella quasi totalità dei casi una colecisti piena e distesa la quale è stata qui definita come "segno della colecisti da influenza". Si sottolinea che tale reperto non è da ascrivere ad una condizione patologica della colecisti ma ad un aspetto della stessa in corso di influenza. Tale evidenza ecoscopica ha quindi permesso un ottimo studio della colecisti stessa (del contenuto, esclusione di calcoli, visibilità della parete della colecisti).

Si ritiene con buona approssimazione che tale reperto sia in prima ipotesi in relazione al digiuno del paziente dovuto alla sintomatologia influenzale (nausea, inappetenza ecc.). Si segnala che tutti questi pazienti lamentavano alla palpazione dell'addome una significativa accentuazione della dolorabilità spontanea particolarmente accentuata nei quadranti alti (ipocondrio destro, sinistro ed epigastrio). In tutti questi pazienti si sono anche valutate le caratteristiche dell'aorta addominale (diametro trasverso ecc.).

► Conclusioni e commento

Lo studio ha permesso di trarre le seguenti conclusioni:

- a)** percezione da parte del medico di una miglior accuratezza diagnostica e di conseguenza di aver già definito (nella maggior parte dei casi) alla prima visita la diagnosi e la migliore proposta terapeutica (*Qualità erogata*);
- b)** conferma per quanto riguarda le prescrizioni di accertamenti clinico/strumentali, successivi alla prima visita, per una migliore definizione della diagnosi;
- c)** riduzione dell'impegno (sia di tempo che economico) del paziente dovuto al sensibile incremento della

certezza dell'iter diagnostico (vedi punto precedente);

d) brevità del tempo di esecuzione (tre/quattro minuti) e non invasività dell'esame ecoscopico;

e) conseguenza dei punti c) d) è la dichiarata soddisfazione del paziente (*Qualità percepita*);

f) ...e di riflesso maggior soddisfazione del medico;

g) tutti i pazienti hanno accettato di buon grado di sottoporsi all'esame ecoscopico;

h) efficacia dell'indagine ecoscopica della colecisti (v. Segnalazione);

i) facilitazione della doppia diagnosi.

Lo studio in oggetto ha confermato l'affidabilità del *Vscan* nel percorso diagnostico.

Da questo percorso è derivata la percezione, da parte del medico, di una riduzione dell'incertezza diagnostica dopo l'approccio anamnestico e obiettivo grazie all'uso integrato del *Vscan* e, di conseguenza, una migliore accuratezza diagnostico-terapeutica e un migliore utilizzo delle risorse messe a disposizione dal Sistema sanitario.

Nella consapevolezza della limitata casistica di pazienti entrati nello studio si propone all'evidenza della classe medica come esperienza personale di medico di medicina generale e quale punto di partenza per eventuali discussioni o approfondimenti riguardo il lavoro stesso e le conclusioni in esso riportate.

Gli esami ecoscopici eseguiti con *Vscan* sono stati tutti erogati gratuitamente. L'utilizzo del *Vscan* è consigliabile solo per quei medici di medicina generale che hanno seguito il percorso formativo teorico e pratico specifico, rafforzato a sua volta da un congruo periodo di addestramento all'utilizzo dello strumento.

La difficoltà dell'impostazione del lavoro in oggetto è nata dal fatto che nella letteratura presa in considerazione

non si sono trovati studi simili con cui paragonarsi. Questo, visto da altra angolazione, fa capire come l'utilizzo dell'ecoscopio (*Vscan*) nell'ambulatorio del medico di medicina generale sia in questo momento storico alquanto "pionieristico". Questo, associato alla curiosità personale, sono stati gli input alla realizzazione dello studio in oggetto, con l'obiettivo di identificare ulteriori modalità operative (in questo caso nel contesto della sindrome influenzale) adatte a ridurre l'incertezza dell'iter diagnostico-terapeutico nella pratica quotidiana del medico di medicina generale, così da realizzare un vantaggio sia per il medico che, soprattutto, per il paziente stesso.

Il numero dei pazienti totali arruolati in questo studio confermano non significatività statistica. Il concetto invece cambia totalmente se moltiplichiamo questi numeri per il numero totale dei medici di medicina generale convenzionati presenti in un singolo distretto o meglio ancora per tutti i medici di medicina generale dell'ASL della provincia di Mantova (circa 350).

Questo comporta l'espressione, sulla base della logica equa distribuzione epidemiologica dei casi clinici di pazienti affetti da sintomatologia sistemica e gastrointestinale nella popolazione assistita dai 350 medici di medicina generale convenzionati dell'ASL di Mantova dei seguenti dati numerici: 38×350 pari cioè a 13300 potenziali pazienti coinvolti.

Se invece consideriamo il numero totale dei pazienti ai quali è stata diagnosticata una patologia (7) e moltiplichiamo per 350 (numero totale dei medici) raggiungiamo il numero teorico di 2450 pazienti.

Chi scrive ammette che, senza l'utilizzo del *Vscan*, questi sette pazienti sarebbero stati prudenzialmente inviati ad ulteriori accertamenti presso strutture ASL per definire la diagnosi.

Una domenica mattina “dimenticata”

L'amnesia globale transitoria (AGT) episodica, vissuta come esperienza drammatica, rappresenta nella maggior parte dei pazienti una condizione del tutto benigna caratterizzata da un basso tasso di recidiva. È indispensabile tranquillizzare il paziente ed i suoi familiari dove ove necessario si può suggerire un adeguato supporto psicologico.

Leonida Iannantuoni

Docente Corso Formazione Specifica in MG - Foggia SIIICP
WONCA Member

Stella Vitarelli

Medico in Formazione - Foggia

Antonio Casillo

Radiologo - Foggia

Giunge in ambulatorio lunedì 01/09/2014 lamentando di aver “perso” ogni ricordo di ciò che aveva fatto la mattina precedente.

Più precisamente riferisce di ricordare di aver concordato, con i soci del proprio sodalizio sportivo, un giro in bicicletta del sub appennino Dauno ma di tale impegnativo percorso, della durata di circa 4-5 ore, non vi era alcuna traccia nella sua memoria. Il paziente dopo essersi sincerato, con gli amici, di aver effettivamente partecipato a tale escursione si rivolgeva, in preda a comprensibile agitazione, al sottoscritto.

► Anamnesi fisiologica

Paziente di sesso maschile, 52 anni, impiegato, coniugato con due figli. Nato a termine da parto eutocico, normali i primi atti di vita vegetativa, allattamento materno; segue una alimentazione varia, alvo e diuresi sono nella norma, non abitudini tabagiche, non assume alcool. Svolge regolarmente attività sportiva amatoriale (ciclismo)

► Anamnesi patologica remota

Iperensione arteriosa, trattata con Ace-inibitori e calcioantagonisti.

La terapia, in verità, viene seguita in maniera piuttosto “allegra” con frequenti sospensioni dell’assunzione delle compresse dovute a facili dimenticanze.

► Esame obiettivo e iter diagnostico-strumentale

Soggetto in buone generali di trofismo e sanguinificazione, cute ed annessi secondo sesso ed età, esame delle stazioni linfonodali esplorabili negativo per tumefazioni.

E.O. Apparato Neurologico - Paziente normo-orientato nel tempo e nello spazio. Pupille isocoriche ed isocicliche, coordinazione motoria buona, R.O.T. esplorati nei limiti, Romberg negativo.

E.O. Apparato Respiratorio - Emitteraci simmetrici nella statica e nella dinamica, FVT e MV nella norma, suono chiaro polmonare su tutti i campi.

E.O. Apparato Cardiocircolatorio - Toni cardiaci validi e ritmici, pause libere, no rumori aggiunti, FC 65 bpm, PA 130/80, non edemi declivi.

Vista la negatività dell’esame obiettivo, con particolare riferimento all’obiettività neurologica, si riteneva non necessaria l’ospedalizzazione del paziente, ma ciò non esimeva da un approfondimento diagnostico e, pertanto, si programmava: routine ematochimica, ABPM, visita cardiologica ed ECG, Ecocolor-doppler TSA, TAC encefalo con e senza mdc.

■ Routine ematochimica: negativa fatto salvo per il riscontro, ininfluente, di VES 1°h: 20 (vn <12).

■ ABPM: valori sistolici nella norma nelle 24h, elevato carico pressorio diastolico nelle 24h (valori medi nelle 24h: 120/87), ... fisiologico calo pressorio nelle ore notturne (dipper). Stante tale referto,

Figura 1

TAC encefalo

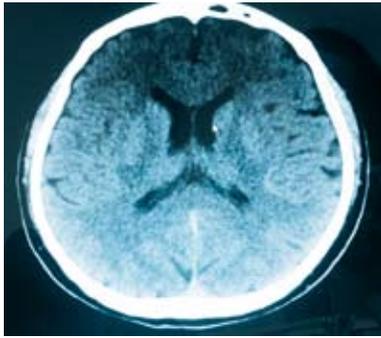


Figura 2

TAC encefalo

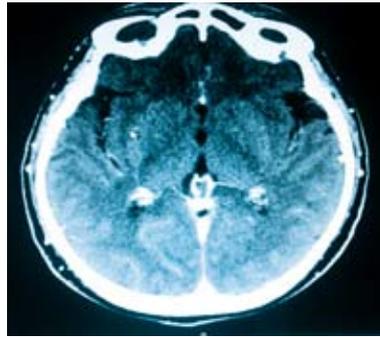
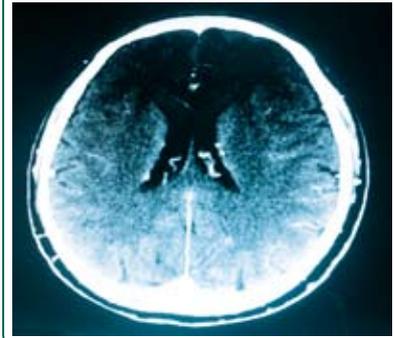


Figura 3

TAC encefalo



si esortava il paziente ad una più attenta e costante assunzione della terapia antipertensiva.

■ Visita cardiologica + ECG: EOC: ndr. Ecg: ritmo sinusale FC 80 bpm, buon compenso emodinamico.

■ Ecocolordoppler TSA: ndr.

■ TAC encefalo con e senza mdc : ... non focali patologiche impregnazioni di mdc in ambito encefalico, alcune minute ipodensità di verosimile significato ischemico lacunare nella profondità di entrambi gli emisferi cerebrali. (figure 1-2-3)

Alla luce di tale referto si introduceva, in terapia, ASA 100 mg 1 cp die. Sulla scorta delle risultanze delle indagini eseguite, si richiedeva una consulenza neurologica ed esame eeg.

■ Visita neurologica + Eeg: EON: no deficit focali. Eeg: tracciato nei limiti fisiologici. Conclusioni: episodio di amnesia globale transitoria (AGT), continui terapia in atto, si consiglia RMN encefalo senza mdc.

■ RMN encefalo senza mdc: ... non si rilevano modificazioni morfostutturali ...in particolare non vi sono lesioni di tipo ischemico... (figura 4).

A conclusione dell'iter diagnostico, si rinviava il paziente dallo speciali-

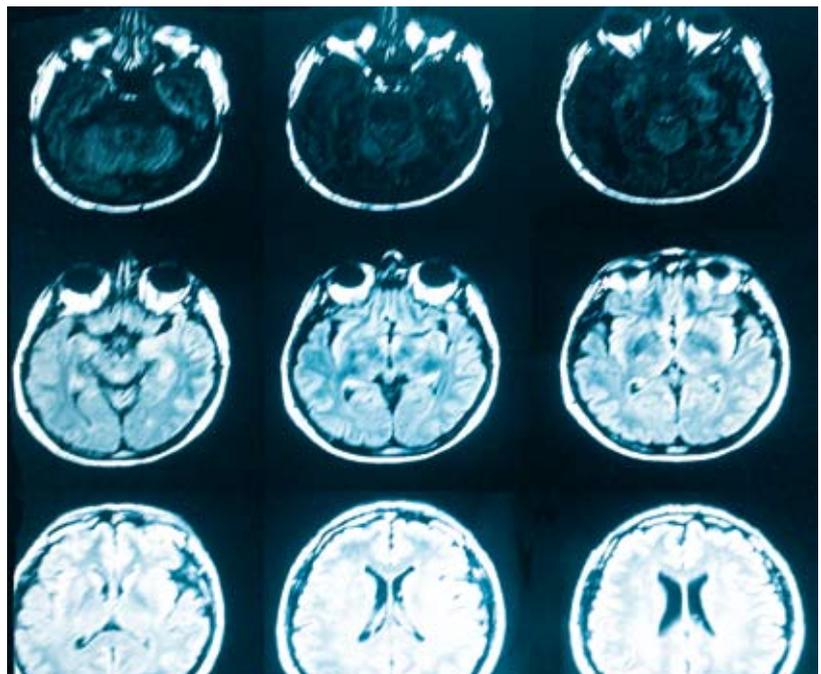
sta neurologo che, presa visione del referto della RMN e riscontrato un perdurare della negatività dell'obiettività neurologica, rimarcava la diagnosi di amnesia globale transitoria (AGT) e consigliava adeguato apporto idrico e calorico prima degli esercizi fisici.

► **Commento**

L'AGT colpisce pazienti tra i 40 e gli 80 anni di età, con maggior incidenza in pazienti di età > 50 anni. L'esatta fisiopatologia dell'AGT non è nota e, di volta in volta, sono stati evocati vari fattori come:

Figura 4

RMN encefalo senza mezzo di contrasto



ischemia focale, emicrania, fenomeni epilettici, anomalie del flusso venoso. Attualmente i dati clinici, epidemiologici e di neuroimaging suggeriscono, per la genesi dell'AGT cause multifattoriali, a eziologia non vascolare.

► Criteri diagnostici e diagnosi differenziale

La diagnosi di AGT può essere formulata se risultano soddisfatti i criteri diagnostici di Hodges-Warlow (*tabella 1*) e/o Hodges-Caplan (*tabella 2*).

La diagnosi differenziale dell'AGT si pone nei confronti di attacchi ischemici transitori, infarto nel territorio dell'arteria coroidea anteriore, disturbi psichiatrici quali episodi dissociativi, fughe psicogene, episodi acuti di depressione, ecc... .

Ulteriori patologie meritevoli di

Tabella 1

Amnesia globale transitoria: criteri diagnostici secondo Hodges e Warlow

- Gli attacchi devono essere obiettivati da un osservatore attento
- L'attacco deve essere caratterizzato da una chiara amnesia anterograda
- Non obnubilamento della coscienza e/o perdita dell'identità personale durante l'attacco, il deterioramento cognitivo deve essere limitato alla amnesia
- Assenza di sintomi neurologici (afasia, aprassia, ecc.) di accompagnamento sia durante che dopo l'attacco
- Assenza di segni di natura epilettica
- Durata degli attacchi <24 h
- Assenza, nell'anamnesi, di trauma cranico recente o epilessia attiva

Tabella 2

Amnesia globale transitoria: criteri diagnostici secondo Hodges e Caplan

- Presenza di amnesia anterograda, testimoniata da un osservatore
- Assenza di obnubilamento della coscienza o perdita dell'identità personale
- Compromissione cognitiva limitata ad amnesia
- Nessun segno focale neurologico o epilettico
- Assenza di storia recente di trauma cranico o crisi epilettiche
- Risoluzione dei sintomi entro 24 ore
- Eventuale presenza di sintomi vegetativi lievi (cefalea, nausea, vertigini)

diagnosi differenziale sono elencate in *tabella 3*.

► Diagnostica strumentale

La diagnosi strumentale si basa essenzialmente su metodiche di neuroimaging: risonanza magnetica (RM), Pet, Spect, TC. I dati rilevati nei diversi studi sono risultati non univoci e molti casi non hanno messo in evidenza alterazioni.

Tabella 3

Diagnosi differenziale dell'amnesia globale transitoria

- Infezione cerebrale
- Crisi parziale complessa prolungata o stato epilettico non convulsivo
- Amnesia epilettica transitoria
- Trauma cranico/contusione
- Amnesia psicogena
- Ictus che coinvolge l'ippocampo e il talamo
- Intossicazioni e assunzione di farmaci

► Conclusioni

L'AGT episodica, pur vissuta come esperienza drammatica, rappresenta nella maggior parte dei pazienti una condizione del tutto benigna caratterizzata da un basso tasso di recidiva. È opportuno rimarcare che l'AGT non è predittiva di ictus. Studi retrospettivi hanno dimostrato che il rischio di ictus in soggetti che hanno riportato un episodio di AGT è simile a quello della popolazione generale e, comunque, è sicuramente minore rispetto a pazienti con TIA documentato.

È indispensabile, pertanto, tranquillizzare il paziente ed i suoi familiari tramite opportune delucidazioni e rassicurazioni; dove ove necessario si può suggerire un adeguato supporto psicologico.

Per quanto la RM non abbia confermato le lesioni ischemiche agli emisferi cerebrali, evidenziate con la TAC con mdc, stante la storia di ipertensione e l'età del paziente, si è ritenuto opportuno far proseguire la terapia antiaggregante instaurata.

Per ultimo, pur condividendo con il Collega neurologo i suggerimenti impartiti al paziente circa una corretta alimentazione ed idratazione prima dell'impegno sportivo, ci sentiamo di dissentire da questi quando ipotizza in una disidratazione e/o in una ipoglicemia la causa dell'amnesia lamentata dal paziente.

Ciò sia alla luce di quanto esposto sia in quanto non si sono manifestati tutti gli altri sintomi tipici di tali evenienze: astenia, tachicardia, ipotensione, torpore, stato confusionale, atassia, ecc... (sintomi che, se presenti, avrebbero portato comunque all'esclusione di una diagnosi di amnesia globale transitoria).

Patologie IgG4-correlate: sono “nuove” malattie?

Si tratta di disordini potenzialmente multiorgano, caratterizzati da elevati livelli di IgG4 nel siero e infiltrazione tissutale di linfociti e plasmacellule IgG4+

Elisabetta Torretta

Il virgolettato è d'obbligo, in quanto il carattere emergente non andrebbe assegnato alla patologia in sé quanto alla definizione dei meccanismi ad essa sottesi. Si tratta di disordini potenzialmente multiorgano caratterizzati, nella maggior parte dei casi, da elevate concentrazioni di IgG4 nel siero. Definite come tale in Giappone a cavallo tra gli anni '90 e i primi anni di questo secolo, a posteriori si è scoperta la tracciabilità delle malattie già nella letteratura scientifica del 1800, anche se, all'epoca, si trattava di segnalazioni di patologie credute una diversa dall'altra.

La malattia è caratterizzata da infiltrazione polidistrettuale di plasmacellule secernenti la sottoclasse IgG-4. Le possibili espressioni cliniche della sindrome includono: pancreatite autoimmune, nefrite tubulo-interstiziale, fibrosi retroperitoneale, prostatite, ipofisite e tiroidite di Riedel. L'ipocomplementemia viene riscontrata nel 30% dei casi e gli ANA risultano presenti nel 15% dei pazienti, mentre negativi risultano gli anti Ro-SSA e gli anti Ro-SSB, che caratterizzano invece la sindrome di Sjögren.

L'incidenza della sindrome, secondo i dati epidemiologici giapponesi, è di 2.63-10.2/milione di abitanti.

Le manifestazioni cliniche sono in

funzione del fatto che la malattia può coinvolgere uno o più organi. Il paziente spesso si presenta all'osservazione del medico per lo sviluppo ad andamento subacuto di una massa in un organo (per esempio un pseudotumore orbitale, una massa renale che può essere suggestiva della presenza di un carcinoma renale, una lesione polmonare nodulare) o per un diffuso aumento di dimensioni dell'organo. Nel 60-90% dei pazienti si osserva un coinvolgimento multidistrettuale. Riscontro comune è anche una linfoadenopatia, mentre il 40% dei soggetti denuncia la presenza di asma o allergie.

I criteri riconosciuti per poter porre diagnosi di "IgG4-related disease" sono:

1. aumento delle IgG-4 sieriche (>135 mg/dL);
2. infiltrazione tissutale di linfociti e plasmacellule IgG4+ (IgG4+/IgG plasmacellule >40%).

Le tecniche di imaging (CT, PET, risonanza magnetica) possono venire in aiuto per una più accurata definizione diagnostica.

La diagnosi differenziale viene posta con la sarcoidosi, la malattia di Castleman, la granulomatosi di Wegener e le malattie linfomatose. La sindrome va sospettata in tutti i pazienti che presentano tumefazio-

ne simmetrica delle ghiandole salivari e/o lacrimali, pancreatite autoimmune, fibrosi retroperitoneale e segni istopatologici di infiltrazione linfoplasmacellulare.

► **Trattamento**

Ad oggi le malattie IgG4-correlate sono prive di un trattamento che si possa definire ottimale. La letteratura tuttavia fornisce dati consistenti circa l'efficacia dei glucocorticoidi: entro poche settimane i pazienti mostrano miglioramento sintomatico, riduzione delle masse o delle dimensioni degli organi interessati, miglioramento della funzionalità dei distretti coinvolti e, spesso, una riduzione dei livelli nel siero di IgG4. Sono però sempre possibili recidive, mentre sono state osservate percentuali di non-responder nei pazienti con avanzate modificazioni in senso fibrotico. Terapie sintomatiche per alleviare o controllare sintomi specifici apportano spesso benefici ai pazienti.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Criteri per riconoscere e correggere l'iponatriemia

L'iponatriemia (iposodiemia) è il più comune disordine dell'equilibrio elettrolitico incontrato nella pratica clinica e colpisce dal 15 al 30% dei pazienti ricoverati negli ospedali

L'importanza clinica dell'iponatriemia è dovuta non solo alla sua elevata incidenza, ma anche alle conseguenze avverse che ad essa possono accompagnarsi¹. I dati emersi dagli studi più recenti indicano infatti che l'iponatriemia è fortemente e indipendentemente associata a un'aumentata mortalità intraospedaliera (*Ital J Med* 2011; 5: 156-68); per questo viene ritenuto importante riconoscerla e trattarla adeguatamente. L'importanza che viene attribuita attualmente a questo argomento è testimoniata dai numerosi lavori comparsi in PubMed negli ultimi tempi e dalla recente pubblicazione delle linee guida americane (*Am J Med* 2013; 126 (10 Suppl 1): S1-42. doi: 10.1016/j.amjmed.2013.07.006). Per iponatriemia si intende la presenza di livelli di sodiemia plasmatica < 135 mEq/L. Mentre l'iposodiemia lieve (Na plasmatico compreso fra 130 e 135 mEq/L) è spesso asintomatica o accompagnata da sintomi aspecifici come cefalea e variazioni del tono dell'umore, casi più gravi possono comportare nausea, confusione, lieve instabilità ortostatica, fino, per livelli di sodio plasmatico ≤ 120 mEq/L, a disorientamento, cefalea e letargia. Al di sotto di 115 mEq/L compaiono sovente convulsioni, con rischio di danno cerebrale permanente, coma e arresto respi-

torio (*Ital J Med* 2011; 5: 156-68). Le cause possono essere essenzialmente di due tipi. L'iposodiemia può infatti essere dovuta a perdita di sale (per eccesso di diuretici, alcune nefropatie, diuresi osmotica, ma anche diarrea, vomito e ustioni molto estese) o a eccessiva diluizione per aumento primitivo del sodio plasmatico (come avviene in presenza di sindromi edemigene) o per primitivo aumento dell'acqua senza un'alterazione del sodio. La più frequente causa di quest'ultima condizione è la SIADH (sindrome da inappropriata secrezione di ADH), che è la forma di iponatriemia di più frequente riscontro nell'adulto ed è legata essenzialmente a cause neoplastiche, in particolare tumori del polmone, o neurologiche, come ictus, neoplasie cerebrali, encefaliti. Ci sono anche cause iatrogene legate a farmaci chemioterapici come vincristina, vinblastina, ciclofosfamide, e antiepilettici come la carbamazepina e gli oppiacei. È noto che l'ormone antidiuretico (ADH), nonapeptide prodotto dalla neuroipofisi, interviene nella regolazione fine dell'osmolarità plasmatica e quindi della sodiemia. L'ADH agisce a livello di recettori specifici, detti V2, presenti nelle cellule tubulari in particolare del nefrone distale. Legandosi a V2, l'ADH induce la traslocazione di un canale tetrameri-

co, detto acquaporina 2, dal citoplasma alla membrana luminale della cellula: grazie a questo l'acqua libera può entrare nella cellula tubulare e attraverso altre 2 acquaporine, la 3 e la 4, può passare dal citoplasma all'interstizio della midollare renale. Nella SIADH si assiste a un esagerato riassorbimento dell'acqua, con conseguente diluizione del sodio plasmatico. Le cause sono essenzialmente neoplastiche, in particolare i tumori del polmone, o neurologiche, come ictus, neoplasie cerebrali, encefaliti. Ci sono anche cause iatrogene legate a farmaci chemioterapici, antiepilettici e oppiacei. Com'è noto, la prima linea d'intervento è la restrizione idrica e la somministrazione endovena di soluzioni ipertoniche. Recentemente si è resa disponibile una nuova classe di farmaci, definiti vaptani, il cui capostipite è il tolvaptan, che agiscono bloccando i recettori V2, impedendo all'ADH di esercitare la propria azione. Questo comporta la produzione di una diuresi acquosa e quindi la risoluzione dell'iponatriemia.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Giornata Mondiale contro l'ipertensione arteriosa

► Il 17 maggio si è celebrata la decima edizione della Giornata Mondiale contro l'Ipertensione Arteriosa, istituita allo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica su una patologia definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità un "killer silenzioso e invisibile", prima causa di mortalità di 9,4 milioni di persone nel mondo.

Quest'anno il tema della Giornata Mondiale dell'Ipertensione è stato "Conosci la tua pressione arteriosa" e per tale occasione Daiichi Sankyo Europa in collaborazione con l'organizzazione benefica *Little Hearts*, ha promosso l'iniziativa "Make Your Heart Feel Good!" ("Fa' sentire bene il tuo cuore") per raccogliere fondi a favore degli orfani russi e sensibilizzare la popolazione italiana sull'importanza del controllo regolare della pressione arteriosa, al fine di prevenire il rischio di gravi malattie cerebro e cardiovascolari quali ictus, infarto e fibrillazione atriale.

Arteriosclerosi: uno studio italiano sui gemelli

► È stata avviata la seconda fase dello studio italiano che vuole indagare l'ereditarietà dell'arteriosclerosi attraverso i gemelli. Lo ha annunciato l'Istituto Superiore di Sanità che, attraverso il Registro Nazionale Gemelli, ha attivato la ricerca in collaborazione con la Semmelweis University di Budapest e le Università di Padova,

Perugia e Roma. Per la seconda fase dello studio c'è stato un vero e proprio boom di adesioni, con circa 200 gemelli arruolati tra Padova, Perugia e Terni.

L'obiettivo della ricerca è stimare l'ereditabilità dell'arteriosclerosi nella popolazione generale, valutando le componenti genetiche ed ambientali delle misure fornite dagli esami ecografici e di quelle rilevate dai questionari che il Registro Nazionale Gemelli ha inviato a tutti i gemelli che aderiscono allo studio.

Si vuole inoltre valutare il ruolo del benessere psicologico quale fattore protettivo dell'arteriosclerosi.

Convegno di radiologia a Firenze

► Innovazione, Etica e Sostenibilità, sono queste le tre parole chiave del 46° congresso della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), presieduto dal professor Carlo Bartolozzi, Direttore del Dipartimento di Radiologia Diagnostica ed Interventistica dell'Università di Pisa (Firenze, Fortezza da Basso, 22-25 maggio 2014).

L'ambito radiologico si caratterizza, più di ogni altra specialità medico-chirurgica, per interazione fra tecnologia e applicazione metodologica. L'appuntamento è l'evento di riferimento della Diagnostica per Immagini e offre opportunità di aggiornamento sulle ultime novità in campo scientifico e tecnologico, oltre a rappresentare un prezioso momento di discussione sulle problematiche professionali.

Neuropatia del pudendo, capire prima di curare

► TChi soffre di neuropatia del pudendo rischia di attendere anni prima di avere una diagnosi: purtroppo in Italia gli specialisti dedicati sono pochi e non esiste oggi uno studio scientifico che indaghi eziologia ed epidemiologia della patologia. Per colmare in parte questa lacuna l'Associazione Italiana Neuropatia del Pudendo (AINPU) sta promuovendo un questionario sul tema. Anche se non si tratta di uno studio scientifico, servirà ad aggiungere conoscenza e magari a promuovere uno studio in piena regola. <http://questionario.pudendo.it/index.php?sid=87725>

Una nuova penna ricaricabile per piccoli diabetici

► Da maggio è disponibile JuniorSTAR®, la penna ricaricabile per insulina da mezza unità rivolta a bambini e adolescenti con diabete di tipo 1. Il dispositivo soddisfa le esigenze anche dei bambini più piccoli con un basso fabbisogno e un'alta sensibilità all'ormone: è in grado di dispensare da 1 a 30 unità, con incrementi di mezza unità; è semplice da utilizzare, con un'ampia finestra di dosaggio, con numeri grandi e ben leggibili e offre anche la possibilità di correggere il dosaggio in un solo passaggio, senza perdita di insulina. Il dispositivo può essere utilizzato con cartucce di insulina glargine, insulina glulisina o insulina umana. JuniorSTAR® rispetta i nuovi standard ISO 11608-1 2012, tutti i requisiti di solidità e accuratezza della dose, ed è disponibile in Italia in due differenti colori (blu e argento).