

M.D.

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

Anno XXIII, numero 4 - maggio 2016

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Rinnovo Acn
e nuovo atto di indirizzo:
due posizioni a confronto**

CONTRAPPUNTO

8

**Perché diciamo no
all'H16**

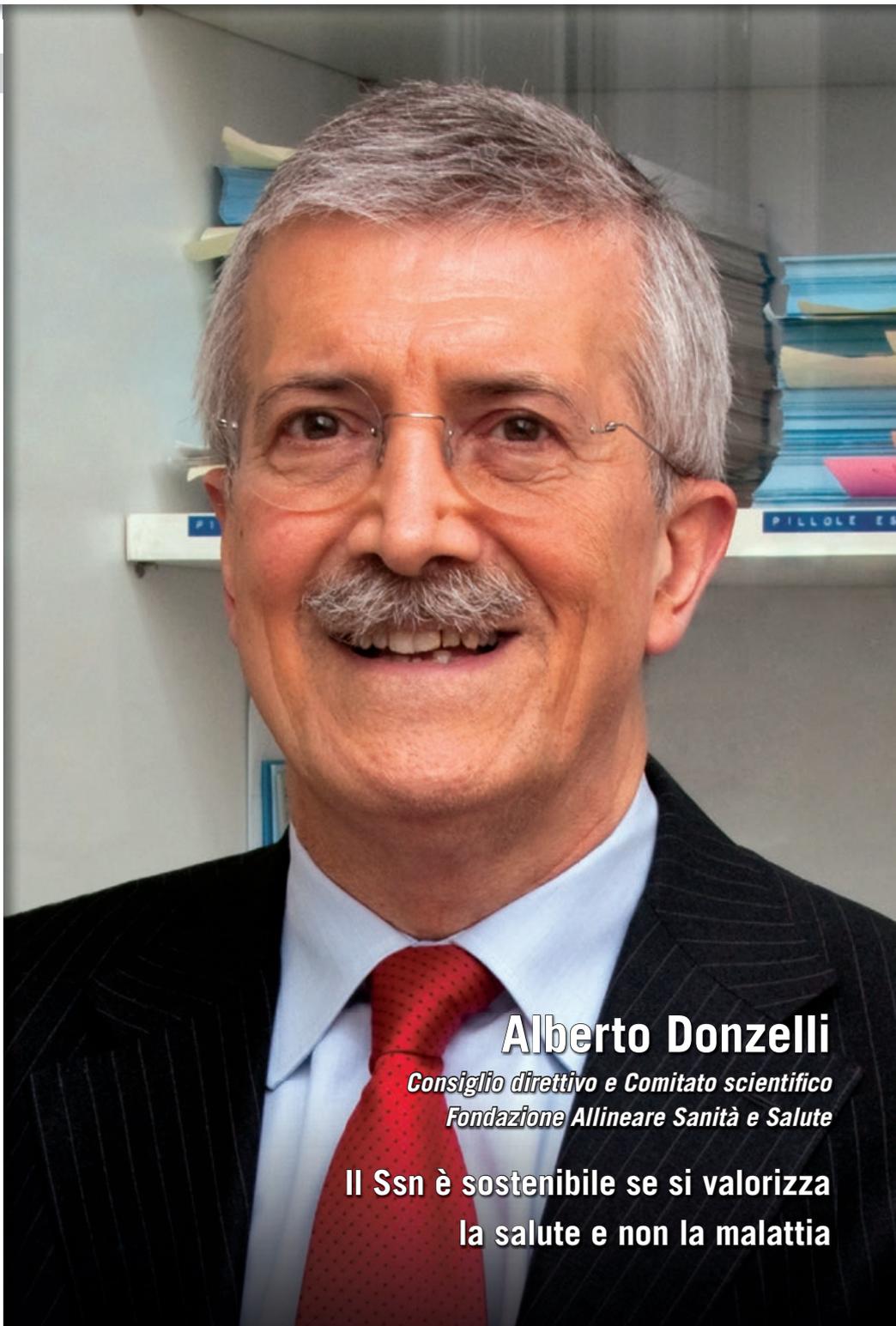
MANAGEMENT

33

**Mmg e gestione
del paziente con dolore:
rischio iatrogeno
e cure di supporto**



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



Alberto Donzelli

*Consiglio direttivo e Comitato scientifico
Fondazione Allineare Sanità e Salute*

**Il Ssn è sostenibile se si valorizza
la salute e non la malattia**



M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Il Ssn è sostenibile se si valorizza la salute e non la malattia 5
- **Focus on**
Rinnovo Acn e nuovo atto di indirizzo: due posizioni a confronto 6
- **Contrappunto**
Perché diciamo no all'H16 8
- **Tribuna**
Salviamo la Guardia Medica 10
- **Prevenzione**
Lotta al fumo: l'esperienza dei Mmg del CPT Europa di Bari 14
- **Ricerche**
Prescrizioni terapeutiche: quello che i pazienti chiedono all'infermiera 18

AGGIORNAMENTI

- **Chirurgia vascolare**
Aneurisma dell'aorta addominale, la prevenzione è praticabile 24
- **Malattie infettive**
Arginare le infezioni correlate all'assistenza sanitaria 25
- **Medicine non convenzionali**
Efficacia dell'agopuntura nella sindrome climaterica iatrogena 26
- **Malattie sessualmente trasmesse**
Appello alla vaccinazione per l'infezione da papillomavirus 27
- **Neurologia**
Solo l'osservazione clinica identifica le distonie dell'adulto 28
- **Ortopedia**
Stenosi del canale vertebrale tra chirurgia e terapia conservativa 29
- **Pneumologia**
Prima triplice terapia "once daily" per la BPCO 30

CLINICA E TERAPIA

- **Management**
Mmg e gestione del paziente con dolore: rischio iatrogeno e cure di supporto 33
- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 36
- **Pratica medica**
"Mummificata" da una diagnosi sbagliata di demenza degenerativa 38
- **Terapia**
Nuove evidenze sulla combinazione fissa enalapril-lercanidipina 40
- **Congressi**
La coppia infertile e il medico di famiglia 46

Il Ssn è sostenibile se si valorizza la salute e non la malattia

La sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali non è una chimera, ma si può realizzare: "riducendo i problemi strutturali di conflitti di interessi che si annidano tra sanità e salute". Ed è con questa finalità che nel 2013 è nata la Fondazione Allineare Sanità e Salute. *M.D. Medicinae Doctor* ha intervistato il dottor **Alberto Donzelli** dirigente dell'Area Educazione all'Appropriatezza ed EBM dell'ATS Città Metropolitana di Milano. Al di fuori dell'orario di servizio presta attività volontaria e gratuita nel Consiglio direttivo e nel Comitato scientifico della Fondazione Allineare Sanità e Salute.

"I fini statutari della Fondazione - spiega Donzelli - sono quelli di offrire ai Sistemi Sanitari un supporto di ricerca, conoscenze e strategie per superare il conflitto di interessi con la Salute che coinvolge un numero crescente di attori in Sanità".

"La divaricazione tra obiettivi di salute proclamati e interessi reali alla malattia di chi eroga prestazioni sanitarie - continua - sta alla base di fenomeni come il *disease mongering*, che ha suscitato un vasto quanto finora poco concludente dibattito internazionale. Per frenare gli effetti distorsivi di tale sistema di remunerazione sul comportamento erogativo si sono messi in piedi sistemi di controllo sanitario e amministrativo sempre più costosi, che consumano una quota crescente delle risorse del sistema senza tuttavia produrre salute, ma solo per controllare/contenere i guasti, assunti come inevitabili, di un modello intrinsecamente conflittuale". Partendo dai Medici di Famiglia, la Fondazione ha già messo in campo una sua proposta riformatrice di finanziamento e remunerazione degli attori in Sanità, di cui si discuterà il 18 giugno all'Università Statale di Milano. In particolare per i Mmg si propone di basare la remunerazione soprattutto su quote capitarie pesate e crescenti, legate in maniera forte e progressiva all'età dei pazienti. "Un simile sistema di remunerazione - evidenzia Donzelli - allinea gli interessi dei Mmg alla longevità sana della coorte dei propri assistiti, spingendoli a fare tutto il necessario per avere i migliori risultati in termini di salute, ed eliminando ogni interesse a prescrivere e fornire prestazioni considerate non rilevanti". "Tale proposta - conclude - è molto adatta ai medici di famiglia, ma è stata declinata anche per tante altre tipologie di attori e attende di essere perfezionata e validata in sperimentazioni da attuare in almeno due Aziende Sanitarie e in Regioni disponibili a sostenerle, con una seria misurazione dei risultati ottenuti, prima di procedere a possibili estensioni".



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

Rinnovo Acn e nuovo atto di indirizzo: due posizioni a confronto

Aggregazioni funzionali territoriali, Uccp, compensi dei medici, 118, assistenza H16: le modifiche all'Atto d'Indirizzo per il rinnovo dell'Acn sono fonte di divisione sindacale soprattutto tra Fimmg e Smi. Abbiamo cercato di fare chiarezza intervistando il segretario Smi (Sindacato Medici Italiani) **Pina Onotri** e il vicesegretario nazionale Fimmg **Silvestro Scotti**

Simone Matrisciano

Le critiche dello Smi

In merito alle Aft e al loro ruolo 'funzionale' **Pina Onotri** segretario nazionale Smi sottolinea: "Credo che non sia tanto scontato che le indennità resteranno al medico; questo perché se è vero che le Aft saranno strutture che erogheranno non solo prestazioni mediche, ma anche servizi come la prenotazione CUP, è lecito chiedersi: chi finanzia i fattori di produzione? E come verranno finanziati i sanitari che vi lavoreranno? Le Aft non avranno una personalità giuridica, quindi la gestione dei fattori di produzione sarà un problema da porsi al più presto". In merito alle Uccp - corpo tutto sommato un po' estraneo al dibattito, ma centrale, in quanto riferimenti delle Aft - sono strutture atte a coordinare medici, infermieri, ostetrici, tecnici e riabilitatori e ad integrare sanitario e sociosanitario, lo Smi ha una posizione chiara: "le Uccp avranno le funzioni che adesso spettano al Distretto Sanitario: quindi perché creare un doppione di qualcosa che esiste già?"

► La continuità assistenziale

L'assistenza H16 è un altro tema spinoso e in merito alle assicurazioni che

non ci sarà una riduzione né degli organici di MCA né dei compensi, Onotri tiene a precisare: "Se è vero che stipendi e indennità non verranno toccate, è anche vero il monte ore di lavoro potrebbe aumentare in maniera esponenziale, questo si traduce, di fatto in un abbassamento dello stipendio. Inoltre non dimentichiamo che i medici di guardia assicurano un servizio complementare a quello del Mmg, che verrà portato da h24 a H16; questo vuol dire una sola cosa: limitare i servizi che la sanità pubblica offrirà ai cittadini". C'è poi il timore che le ore notturne non si possano adeguatamente coprire col 118 vista l'eterogeneità territoriale del nostro Paese. Ma al riguardo è stato precisato che in sede locale ci saranno ulteriori intese coi sindacati per rintracciare le esigenze della popolazione. "Ma è normale - sottolinea Onotri - che in un Paese dove esiste, fino a prova contraria, un unico Sistema Sanitario Nazionale si abbiano livelli di erogazione di servizi essenziali diversi su tutto il territorio? Non solo quindi, grazie alla riforma del Titolo V della Costituzione, ci siamo trovati a fronteggiare le difficoltà di 21 servizi sanitari, ma adesso dobbiamo anche

metterci nell'ottica di avere una sanità diversa da città a città, da azienda sanitarie ad azienda sanitaria, da Aft ad Aft? Questo non è accettabile ancor di più se si considera che è previsto anche un affossamento del cosiddetto rapporto ottimale."

Per quanto poi concerne il ruolo unico di cui Smi è da sempre sostenitore, Onotri evidenzia che va inteso in un modo ben preciso: "tempo pieno e pari dignità retributiva. Anche perché, ancora oggi all'interno del Ssn, esistono medici che iniziano la loro attività con incarichi a 6, 10 o 12 ore e pagati 10 euro lordi l'ora; esistono medici di guardia medica che hanno solo 24 ore di guardia medica pagate a 20 euro lordi l'ora; esistono medici di assistenza primaria o medici di famiglia che hanno difficoltà a reggere i costi dell'attività professionale, e non riescono a portare avanti lo studio. Insomma, un sistema insostenibile per tutte le categorie".



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

I chiarimenti e le considerazioni della Fimmg

“La Fimmg non intende cambiare il medico di famiglia, ma modificare il modello organizzativo della medicina generale nel quale il Mmg lavora, per renderlo più efficiente ed efficace”. È con questa secca affermazione che **Silvestro Scotti**, vicesegretario nazionale Fimmg apre l'intervista rilasciata a *M.D. Medicinae Doctor* in cui precisa che il sindacato che rappresenta non firmerà mai un documento che preveda una diminuzione delle ore lavorate e, di conseguenza, una diminuzione della quota economica spettante al medico.

“Quest'ultima bozza dell'Atto di Indirizzo parla espressamente di finanziamento delle voci variabili riferite, in parte, ai fattori produttivi individuali del medico (indennità per il gruppo di lavoro, indennità per i collaboratori, come infermieri o altri, ndr); questo è un innegabile vantaggio per tutti che siamo riusciti ad ottenere, visto che nelle bozze precedenti non se ne parlava affatto, soprattutto in ottica di tutela per i giovani colleghi che entreranno nel mondo della professione nei prossimi anni”.

“Per quanto riguarda le Aft – continua Scotti - su queste potranno essere calati progetti aziendali, ed è chiaro che il finanziamento per questi progetti non si potrà individuare a livello nazionale. Per un motivo su tutti, ossia la specificità di ciascuna Aft (quella che sorgerà in un'area metropolitana avrà bisogni assistenziali da erogare diversi da quella che nascerà in un'area rurale, ndr). Una cosa deve essere chiara: noi non siamo intenzionati a cambiare il medico di famiglia,

ma a modificare il modello organizzativo della medicina generale nel quale il Mmg lavora, per renderlo più efficiente ed efficace. È importante dare rilevanza territoriale alla ricerca di fabbisogni assistenziali e non vedere questo significa coprirsi gli occhi e non guardare la realtà che sta cambiando. L'ultima finanziaria prevede che il commissariamento che oggi è attuato a livello regionale, si sposti direttamente sull'operato dei direttori generali delle Asl. Questi hanno obiettivi precisi da raggiungere in termini di rapporto tra spesa aziendale e salute erogata e quindi dovranno fare i conti e trattare sempre più con la medicina generale per l'individuazione degli investimenti da fare sul territorio. Saremo interlocutori privilegiati, non possiamo limitare le nostre possibilità combattendo processi che, volenti o nolenti, si realizzeranno”. Fimmg osteggia con fermezza la primarietà delle Uccp rispetto alle Aft e Scotti ci tiene a precisare che “se non si fanno le Aft, tantomeno si fanno le Uccp. Le Uccp saranno un modello utile da realizzare qualora fosse necessario sostituire il modello assistenziale del Distretto, in alcune aree del paese dove questo si riterrà opportuno”.

► Ruolo professionale

Fimmg osteggia con fermezza la primarietà delle Uccp rispetto alle Aft e Scotti ci tiene a precisare che “se non si fanno le Aft, tantomeno si fanno le Uccp. Le Uccp saranno un modello utile da realizzare qualora fosse necessario sostituire il

modello assistenziale del Distretto, in alcune aree del paese dove questo si riterrà opportuno”.

L'evoluzione del ruolo professionale verso il ruolo unico segue da anni un percorso che ha l'obiettivo di intensificare l'assistenza primaria diurna e a tale riguardo Scotti precisa: “Nessuno accetterà una riduzione delle ore di lavoro tantomeno Fimmg. Non firmeremo mai un documento che preveda una diminuzione delle ore lavorate e, di conseguenza, una diminuzione della quota economica spettante al medico; questo anche in un'ottica di responsabilità verso i giovani medici, in quanto firmando un accordo del genere non solo provocheremo un danno alle generazioni attuali di camici bianchi, ma anche alle generazioni future in ottica previdenziale”. Sulla riorganizzazione del sistema di assistenza H16 il vicesegretario Fimmg è altrettanto chiaro: “È evidente che il sistema H16 deve essere legato a progetti: non serve a niente istituire un sistema diurno di guardia medica H16 senza legarlo a progettualità specifiche: per questo c'è già il medico di famiglia. Bisogna elaborare un sistema di maggior assistenza ai pazienti che integri e rafforzi il rapporto tra il medico di medicina generale e quello di continuità assistenziale, utilizzando risorse di assistenza notturna da un parte e, dall'altra, un'autentica medicina di iniziativa”.



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

Perché diciamo no all'H16

L'atto d'indirizzo, che poi non è altro che la piattaforma contrattuale del Ministero, cancella di colpo 40 anni di storia dell'assistenza italiana annullando sia il concetto di guardia medica che quello di continuità assistenziale e portando indietro le lancette del tempo addirittura alla promulgazione della 833 che istituiva il Ssn riportandoci alla preistoria dell'assistenza ed eliminando un sistema semplice ed efficace come quello costituito dalla Continuità Assistenziale.

Ma non si fermeranno qui: questo è il primo e fondamentale mattoncino che viene tolto da un sistema sanitario destinato a collassare

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Smi-Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari Regionali

La struttura della Continuità Assistenziale (CA), così come la intendiamo (ovvero quel segmento assistenziale deputato ad intervenire sulle urgenze indifferibili, in quegli orari in cui il medico od il pediatra di famiglia non sono disponibili), pur nella sua semplicità costruttiva, che è poi alla base della sua funzionalità, soddisfa tuttora ampiamente gli scopi per cui è stata creata, ed anzi, appare l'unico strumento per poter realizzare efficacemente un'assistenza integrata e multi professionale H24. Ricordiamo che è dal 1992 con le Riforme 502/517 si poneva fine alla "guardia medica" ma lasciandoci lo spazio per inventarci la "Continuità Assistenziale", progetto semplice, ma efficace che affiancato alla struttura del 118 creava un efficiente sistema assistenziale di emergenza urgenza (tale che in tutti questi anni è stato uno dei pilastri fondamentali del Ssn). L'urgenza è al centro di dibattiti gestiti da pseudo-esperte "menti

superiori" che di fatto propongono la dissoluzione del servizio: in realtà i progetti intelligenti non vanno mai a stravolgere un sistema, ma lo affinano, lo ottimizzano, lo migliorano anche perché basterebbe un'attenta revisione della localizzazione delle sedi territoriali, una formazione mirata e la stabilizzazione degli organici a rendere la CA uno strumento molto più performante di quanto lo sia al momento. Quindi sarebbero bastati questi correttivi semplici ed efficaci per assicurare all'area dell'Assistenza primaria quell'H24 (diviso in due segmenti H12) che resta una fondamentale garanzia assistenziale per il cittadino permettendo al sistema di lavorare in una sinergia perfetta, semplice e efficace.

► **Urgenze a bassa intensità**

Partendo da assurde quanto inutili analisi quantitative, e ignorando qualsiasi valutazione qualitativa, dove, volendolo, potremmo tro-

vare con semplicità indicatori di *performance* adeguati, si sta tentando di far passare la Continuità Assistenziale come un servizio inutile, senza tener conto del filtro territoriale e del compito di vero e proprio presidio garantito dalla CA. Lo si fa sbandierando il concetto di urgenza a bassa intensità per cui sulle urgenze vere dovrebbe rispondere il 118.

In questa affrettata e superficiale analisi statistica non è stato però tenuto conto di quel diabolico fattore temporale (la famosa legge di Murphy - se qualcosa può andar male, andrà male -) che fa sì che una notte possa magari passare indenne, senza nessuna richiesta di intervento, ma che alla successiva ci possano essere più chiamate contemporaneamente (ed intendiamo nello stesso momento). Una realtà ben nota a chiunque abbia a che fare, ad esempio, con la prevenzione e la sicurezza e cioè: per quanto sia improbabile che si verifichi un certo evento, entro un numero

elevato di occasioni questo finirà molto probabilmente per verificarsi.

Studi alla mano, la prima conseguenza di questo cambiamento sarebbe che i 2/3 degli organici a causa della riduzione fisiologica delle ore lavorative, date dall'H16, perderebbe il lavoro e si riuscirebbe a stento a salvare e riutilizzare gli attuali titolari riciclandoli nel nuovo servizio. Comunque, anche questi sopravvissuti, essendo costretti a lavorare di giorno e non più di notte, sarebbero danneggiati dal fatto che vedrebbero svanire la possibilità del lavoro diurno attualmente garantita dalle sostituzioni, dalla libera professione o altro.

► **Sovraccarico Ps, 118, Mmg e Pls**

A qualsiasi addetto ai lavori, dotato di intelligenza anche appena sufficiente, appare chiaro che il carico di lavoro che si riverserebbe sul Pronto Soccorso e sull'emergenza territoriale sarebbe assolutamente letale per tale servizio. Chi parla di potenziare Ps e 118 non tiene conto che allora sarebbe molto più semplice e meno costoso conservare, ottimizzandolo, il servizio di Continuità Assistenziale. Teniamo conto che la sanità è a compenso zero per cui per trovare risorse bisogna pescare al suo interno. In quest'ottica anche la soluzione eventuale dell'infermieristica in appoggio alla medica non sarebbe assolutamente meno costosa. Al riguardo va inoltre considerato che si usufruirebbe di una figura, che per quanto possa essere preparata, non potrà mai sostituire la *performance* di un

medico. Inoltre il sistema non potrebbe permettersi di risolvere proprio quelle urgenze di bassa intensità che ora sono risolte dalla CA e tutte queste sarebbero scaricate al Mmg che se le ritroverebbe al mattino come accadeva prima della creazione del servizio della CA. Anche mio padre è stato un medico di famiglia e ricordo quando squillava il telefono e partiva con la "borsina" prima del 1977. Non parliamo poi dei Pediatri di libera scelta che analogamente ai Mmg si troverebbero ad affrontare carichi di lavoro esagerati per quanto riguarda i piccoli pazienti in quella fascia 6 mesi-6 anni di peculiarità assistenziale notturna della CA.

► **Cittadini abbandonati a se stessi**

Che cosa succederebbe infine ai cittadini che dopo anni di continuità dell'assistenza, garantita dal servizio, si troverebbero abbandonati a se stessi? Vecchi, bambini, cronici e tutte quelle altre varietà di pazienti, le cui richieste sanitarie venivano risolte dal Servizio di Continuità Assistenziale, sarebbero prima di tutto privati di una risposta immediata che verrebbe invece dilazionata nel tempo, rischiando un aggravamento ed una serie di risposte non adeguate perché tardive. Inoltre, se pensiamo ad un livello di assistenza che possa assicurare l'accesso del cittadino alle prestazioni offerte dai medici territoriali nell'arco dell'H24, non possiamo rinunciare ad alcune condizioni che assicurino uno scenario assistenziale distribuito capillarmente, ma che allo stesso tempo formi una rete di reali presidi ter-

ritoriali. Questa rete deve essere in grado di assicurare i livelli assistenziali essenziali, uniformi ed ubiquitarie equivalenti, accessibili e fruibili in tempi rapidi. In poche parole la qualità dell'assistenza deve essere la stessa con le medesime offerte e possibilità d'accesso su tutto il territorio e quindi tutti i cittadini devono poter avere, in qualunque luogo vivano, le stesse opportunità assistenziali.

► **Il teorema**

Dalle mie parti si dice che "la prima gallina che canta ha fatto l'uovo" e forse questa volta l'ovetto è proprio stato depositato dal sindacato che più ha sponsorizzato questa soluzione, la Fimmg per interderci e covato dal Coordinatore della Sisac.

A questo punto dovremmo chiederci dove si vorrebbe arrivare visto che l'H16 non solo appare nascere monco e privo comunque di un progetto che sarebbe tutto da fare e da mettere a punto sulla pelle dei medici e dei cittadini. L'unica ipotesi che possiamo supporre non può essere che quella di pensare l'H16, in contrapposizione al collaudato e funzionale H24, come il preludio alla dissoluzione del Ssn in virtù di un'evoluzione/ritorno ad un sistema ibrido, inficiato da una gestione privatistica che peserà l'assistenza non in base ai bisogni dei cittadini, ma alle loro possibilità economiche.

Quella che sembra quindi una riforma diletteristica del Sistema Sanitario Nazionale, proposta dal Ministro Lorenzin, risponde in realtà ad un preciso disegno per distruggerlo. Manca solo che ci dicano: "State sereni".

Salviamo la Guardia Medica

Sono molti i medici che non si sentono rappresentati dai sindacati di categoria e cercano comunque di far sentire la loro voce. Oggi hanno uno strumento in più, i social network, con cui fare “opinione” e aggregare il dissenso intorno ad un obiettivo comune. È quello che è accaduto con il gruppo pubblico di Facebook “*Salviamo la Guardia Medica*”

Uno spazio attento al cittadino e al medico, pronto a rispondere a dubbi e a svegliare le coscienze su un tema ancora poco discusso fuori dalle stanze degli addetti ai lavori. È così che si presenta il gruppo di Facebook “*Salviamo la Guardia Medica*”. Fondato da **Roberto Berti**, medico di medicina generale di Roma ha dato eco alla petizione lanciata su *change.org*: “Cittadino stanno per cancellarti anche la guardia medica” che ha già raccolto più di 10mila firme per chiedere al ministro della Salute di tornare sui propri passi in merito alla riforma dell’assistenza territoriale. Abbiamo intervistato Roberto Berti che in merito alla scelta di lanciare la protesta dalle pagine di Facebook ha dichiarato: “Solo i colleghi in possesso di tessera sindacale hanno avuto e hanno diritto di parola sulla stesura dell’Atto di indirizzo per il rinnovo della Convenzione della Medicina Generale: a tutti gli altri non resta che usare ogni mezzo, anche i social network, per gridare lo sdegno verso un documento che affossa la nostra professione”. Per Berti, nell’Atto d’Indirizzo è eccessivamente predominante la posizione della Fimmg, in particolare il disegno espresso dal sindacato nella ‘Rifondazione della Medicina Generale’.

► Cosa non va nel modello H16

La nuova organizzazione delle cure primarie dovrebbe assicurare un ricorso inferiore al Pronto soccorso, potendo contare sulla disponibilità del medico di fiducia e sulla guardia medica nelle ore diurne e per le emergenze notturne si dovrebbe fare riferimento soltanto al servizio del 118. Ed è proprio questa ipotesi ad aver accomunate le proteste dei cittadini e delle associazioni dei consumatori, con quelle dei medici non “in linea” con questa riforma, giacché l’abolizione della guardia medica notturna, porterebbe, si legge nella petizione, i medici del 118 a svolgere “*in contemporanea, due tipologie di servizio completamente diverse: i ‘codici rossi’ di emergenza e le visite e prescrizioni per patologie minori*”. Concetto che viene ribadito anche da Berti: “Come già più volte detto in ogni salsa, ma con scarsa risonanza sui media nazionali, i medici del 118 si troveranno a svolgere, in contemporanea, due tipologie di servizio completamente diverse: codici rossi di emergenza e visite e prescrizioni per patologie minori. Una situazione che “provocherà disfunzioni nell’assistenza medica molto gravi - si legge

sulla petizione - con gli operatori stretti tra l’obbligo di intervento immediato in emergenza e il pericolo di commettere omissione di soccorso se costretti a interventi molto differiti nel tempo, sia nelle zone a notevole estensione territoriale, sia nei centri urbani ad alta intensità abitativa”.

Secondo i calcoli effettuati sarebbero 2 milioni ogni anno gli interventi per patologie minori che andrebbero a pesare sul 118 nella fascia oraria tra la mezzanotte e le 8 del mattino.

L’appello di Berti è molto chiaro: “Non bisogna toccare la guardia medica per due motivi: perché funziona egregiamente e serve ai cittadini, e perché, sul territorio non sarà presente un vero servizio sostitutivo, nonostante le rassicurazioni da più fronti”. La via da percorrere, visto che un cambiamento è necessario, secondo Berti è quella di “rivedere ciò che già esiste e funziona, per un miglioramento utile a tutti”.



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

Lotta al fumo: l'esperienza dei Mmg del CPT Europa di Bari

La costituzione di un Centro Antifumo può essere una attività rilevante nelle forme associative complesse strutturate della Medicina Generale per intervenire su un problema sociale che ha particolare rilevanza sanitaria per sviluppo di gravi patologie sistemiche. I medici di famiglia del Centro Polifunzionale Territoriale Europa (CPT), situato all'interno della Casa della Salute di Bari, hanno deciso dal 2013 di sviluppare un servizio integrato per la lotta al fumo di tabacco, nell'ambito delle attività dell'Ambulatorio Dedicato alla Prevenzione del Rischio Cardiovascolare

Vincenzo Creanza, Nicola Stucci, Annalisa Creanza - *Medicina Generale, Bari*

Fumare fa male, l'avvertenza è presente su ogni pacchetto di sigarette che il fumatore continua ad acquistare quotidianamente. A 10 anni dalla Legge Sirchia che vietava il fumo negli ambienti chiusi ulteriori provvedimenti sono stati di recente disposti dal Governo Italiano recependo nuove direttive europee con nuovi significativi segnali sulla pericolosità di questa abitudine: ma è davvero difficile smettere di fumare! Le patologie correlate al fumo di tabacco sono arcinote: sono di natura tossica e cancerogena coinvolgendo in particolare l'apparato respiratorio e l'apparato cardiovascolare producendo ancora danni sistemici collegati alla ipossia ematica e all'assorbimento di sostanze tossiche. L'OMS ha indicato già nel 2004 nel fumo la principale causa di anni di vita persi, più del colesterolo, della sedentarietà, dell'obesità, della ipertensione arteriosa e di altre condizioni a rischio su cui ci concentriamo con particolare attenzione, controlli periodici e risorse nella nostra attività quotidiana (*figura 1*).

► La dipendenza da fumo è difficile da vincere

Le stime europee parlano di 700.000 morti collegati al fumo da sigaretta con un costo diretto per i sistemi sanitari europei per un totale di oltre 25 miliardi di euro, ogni anno. Secondo i più recenti dati dell'Istituto Superiore di Sanità in Italia si contano complessivamente circa 11,3 milioni di fumatori attivi: 6,2 milioni sono uomini (il 25.4% degli italiani); mentre sono oltre 5 milioni le tabagiste (il 18.9%). Inoltre dal 2009, si è osservato un aumento della prevalenza di giovani donne fumatrici: sono in aumento dal 15.3% del 2013 al 18.9% del 2014 mentre è in lieve riduzione il numero dei fumatori maschi. Un italiano su 4 è esposto ai pericoli del fumo passivo; l'80% ignora ancora oggi che anche questo possa provocare il cancro del polmone e della vescica e che sia responsabile di riniti, bronchiti e asma, soprattutto nei bambini. Il fenomeno della "sigaretta elettronica" si è ormai sgonfiato con pro-

gressiva riduzione degli utilizzatori che tornano spesso alla sigaretta tradizionale più spesso fatta a mano. È elevato l'uso di sigarette vendute in strada con percentuale maggiori in Italia Meridionale.

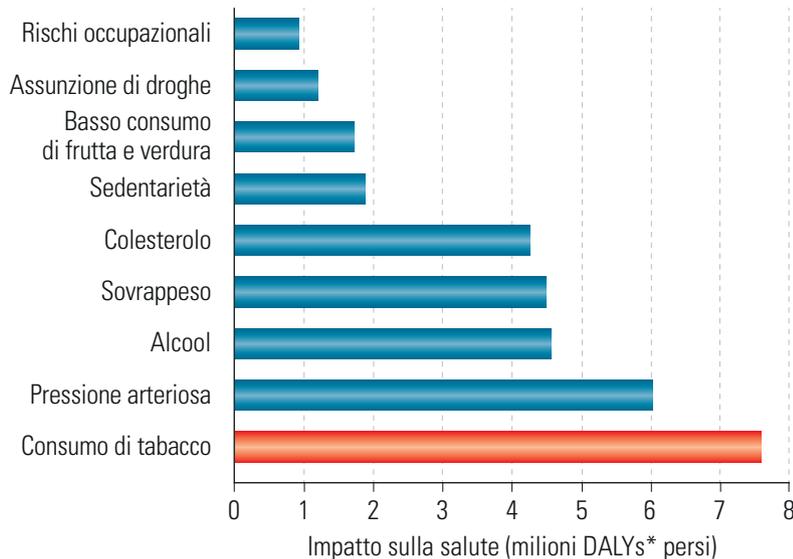
Il fumatore medio in Italia fuma intorno alle 13 sigarette al giorno. Si inizia a fumare mediamente a 17,9 anni prima uomini delle donne di circa due anni (17 anni gli uomini, 19 le donne) e la motivazione principale dell'avvio al fumo di sigaretta rimane, costantemente nel tempo, l'influenza del gruppo e degli amici. Si smette invece di fumare mediamente a 42,4 anni in entrambi i sessi più spesso per motivi di salute ma anche per motivi economici negli uomini o in corso di gravidanza nelle donne.

Fuma solo un atleta su dieci con leggera prevalenza nelle donne: la bassa percentuale tra gli sportivi deve ulteriormente spingere il medico a stimolare l'attività fisica nei propri pazienti.

Solo il 5% di chi smette ricorre all'uso di farmaci specifici: l'Italia è in-

Figura 1

L'OMS stima che nel mondo gli anni di vita persi a causa del fumo sono pari a 7.981 per un milione di persone



*DALYs: Disability Adjusted Life Years (misura di carico globale di malattia, espressa come numero di anni persi a causa di problemi di salute, disabilità o morte precoce)

fatti agli ultimi posti in Europa nella vendita di farmaci utilizzati nella terapia di disassuefazione dal fumo. Una indagine dell'ISS evidenzia che quasi la metà dei fumatori intervistati non ha ricevuto alcun suggerimento per smettere di fumare né dal medico né dal proprio dentista. L'inserimento sul pacchetto di sigarette, tra le avvertenze sanitarie, del Numero Verde contro il Fumo dell'Istituto Superiore di Sanità (800554088) ha portato ad un aumento considerevole del numero di contatti negli anni che indicano una crescente volontà di abbandonare questa dipendenza.

► I Centri Antifumo: il CPT di Bari

Esiste quindi una sensibile richiesta di sostegno nel desiderio di smettere di fumare. Una modalità di intervento che si

sta sempre più affermando sulla dipendenza da fumo di tabacco è la costituzione dei Centri Antifumo. Il numero di queste strutture è lieve ma progressivo aumento sul territorio nazionale (368 ad aprile 2015, 354 nel 2014 con accessi che hanno raggiunto 18.000 nello scorso anno. Il Centro Polifunzionale Territoriale Europa (CPT) è presente nel Centro Direzionale del Quartiere San Paolo di Bari dal gennaio 2010 all'interno della Casa della Salute. Sono attivi nella struttura 10 Medici di Medicina Generale supportati da servizio infermieristico e di segreteria. I Medici del CPT hanno deciso dal 2013 di sviluppare un servizio integrato per la lotta al fumo di tabacco, nell'ambito delle attività dell'Ambulatorio Dedicato alla Prevenzione del Rischio Cardiovascolare. Una ormai consolidata modalità di intervento in molte Regioni italiane è

la strutturazione di Centri Antifumo nell'ambito delle nuove forme associative della Medicina Generale in grado di avviare un percorso di disassuefazione; con questa finalità alcuni operatori del CPT hanno sviluppato competenze specifiche accedendo alla esperienza dei Centri Antifumo delle Asl di Genova, coordinati dal dott. Piero Clavario, acquisendo un metodo operativo consolidato è stato successivamente modificato e adattato alla nostra realtà. Il Centro Antifumo del CPT Europa ha avviato un primo corso nell'aprile del 2013; sono stati sinora sostenuti 13 gruppi di circa 12 persone per complessivi 150 partecipanti. Inizialmente l'accesso al Centro Antifumo era riservato agli assistiti dei medici del CPT, ma dopo l'esperienza di due Corsi l'attività è stata aperta a tutti i richiedenti.

Il percorso viene gestito da un medico, da una consulente familiare e da un infermiere e si articola in 5 incontri di massimo 2 ore a cadenza settimanale. L'accesso al corso era inizialmente completamente gratuito ma dopo le prime esperienze si è ritenuto di imporre un ticket di accesso iniziale con significato motivazionale per evitare defezioni da parte di fumatori non sufficientemente motivati che inficiavano la logica del gruppo.

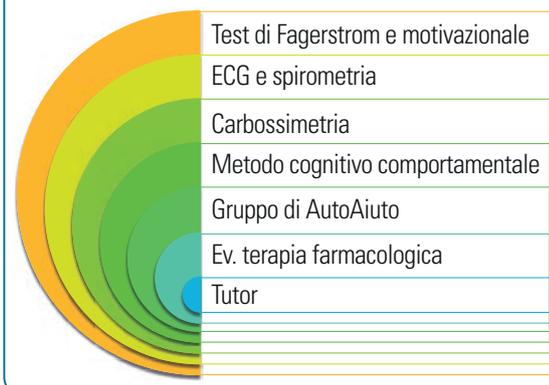
I fumatori eseguono preliminarmente un ECG, una spirometria, una carbossimetria, un test motivazionale e il test di Fagerstrom che consente di valutare il grado di dipendenza da nicotina (figura 2).

Tutte le valutazioni indicate vengono eseguite presso il CPT gratuitamente in unico incontro.

La carbossimetria viene ripetuta nei successivi incontri in quanto consente una stima oggettiva del numero di sigarette fumate.

Figura 2

Centro antifumo CPT



► Il metodo cognitivo-comportamentale

Il Centro Antifumo, basato sulla logica di Gruppo di Auto Aiuto, utilizza un metodo cognitivo-comportamentale finalizzato alla conoscenza dei meccanismi della dipendenza e allo sviluppo della capacità di gestire e interrompere l'abitudine al fumo di tabacco.

Dopo aver raccolto le abitudini del fumatore e aver valutato il grado di dipendenza da nicotina e il suo stato di salute complessivo si avviano procedure finalizzate a destrutturare gli intimi meccanismi della dipendenza dal fumo di sigaretta consapevolizzando il paziente sui processi biologici e comportamentali che lo inducono a fumare. Seguono il corso incontri quindicinali e mensili di follow up per una durata complessiva di circa 3 mesi.

Ogni seduta inizia con una breve parte teorica che analizza i vari aspetti del problema dipendenza da fumo con materiale di supporto visivo, viene analizzata la storia personale di ogni fumatore e si conclude con discussione collettiva; al termine vengono date precise indicazioni comportamentali che ogni fumatore dovrà rispettare nella settimana sino al successivo incontro.

Il primo incontro è basato sulla conoscenza tra i componenti del gruppo con lezione frontale e proiezione di immagini di supporto, quindi analisi e discussione delle situazioni personali di ogni partecipante; al termine viene consegnato un diario del fumo in cui ogni assistito è invitato ad indicare orario e motivazione che lo porta ad accendersi

ogni sigaretta; inoltre ogni sigaretta dovrà essere accesa con fiammifero abolendo l'accendino. Solo queste semplici procedure portano ad una riduzione delle sigarette fumate di circa il 20%.

Negli incontri successivi si sviluppano nuovi cambiamenti ed esercizi incentrati sulle abitudini del fumatore che il partecipante dovrà eseguire nella settimana finalizzati a consapevolizzare il fumatore e discontinuare l'abitudine e la dipendenza da fumo di tabacco.

Al quarto incontro viene valutata la possibilità di integrare il percorso individuale con l'utilizzo di un supporto farmacologico. La maggioranza (circa il 55%) ha smesso di fumare senza supporto farmacologico mentre un numero sensibile ha ritenuto necessario un trattamento integrativo con ottimi risultati.

Un aspetto peculiare del nostro Centro è il *Nursing*: si mettono in contatto i soggetti aventi più difficoltà ad abbandonare la sigaretta con alcuni exfumatori che fanno da tutor. I soggetti più deboli che hanno avuto necessità di un confronto per non cedere alla tentazione della sigaretta hanno trovato rassicurazione anche solo con una semplice

telefonata al tutor. Questa procedura ha favorito sia il nascere di nuove amicizie e ha rafforzato il concetto che insieme è più facile sconfiggere le difficoltà e ha portato a riflettere sull'importanza dell'aiuto.

La percentuale dei partecipanti che ha smesso di fumare è stata superiore al 70%.

Si avvia un nuovo Corso quando si raggiungono almeno 12 iscrizioni che sono aperte a qualsiasi cittadino.

La costituzione di un Centro Antifumo può essere una attività rilevante nelle forme associative complesse strutturate della Medicina Generale e consente di intervenire su un problema sociale che ha particolare rilevanza sanitaria per sviluppo di gravi patologie sistemiche.

Si ricorda ancora l'utilità di inserire nella Cartella Clinica del paziente la condizione di "Tabagismo" se presente, l'importanza della vaccinazione antipneumococcica in questa condizione e l'importanza della spirometria di semplice esecuzione nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale. Crediamo che l'esperienza del CPT Europa utile per sostenere l'assistito che decide di smettere di fumare e possa essere diffusa anche alle altre forme associative complesse presenti nel Territorio. Riteniamo che la Medicina Generale possano farsi carico di un intervento su un rilevante problema noto e diffuso ma a volte sottostimato nella pratica quotidiana con significativi esiti di prevenzione.

I Mmg del Centro Polifunzionale Territoriale Europa

Vincenzo Creanza, Nicola Stucci,
Caterina Montereale, Giancarlo Amendoni,
Vito Lisco, Savino Marroccoli,
Maria Mattea Baldassarre, Giuseppe Macchione,
Francesco Savino, Michele De Nicolò

Contatti

cpteuropa@gmail.com
http://cpteuropa.blogspot.com

Prescrizioni terapeutiche: quello che i pazienti chiedono all'infermiera

In uno studio di Medicina di Famiglia sono state raccolte tutte le domande e i commenti che i pazienti anziani pongono all'infermiera riguardo le prescrizioni terapeutiche e le considerazioni relative al loro rapporto con la farmacia e il farmacista. Ne è emersa la conferma che una buona comunicazione tra medico, infermiere e farmacista può essere un valore aggiunto per poter fornire al paziente la miglior assistenza possibile

Maria Teresa Ceroni - *Infermiera di Famiglia - Venezia*

In un ambulatorio di medicina generale l'infermiera collabora continuamente con il medico di famiglia per offrire cure primarie e continue alla persona con un approccio bio-psico-sociale. Il paziente è una persona conosciuta, sappiamo quali sono le sue patologie e conosciamo il suo contesto familiare, lavorativo e sociale. Conosciamo il suo grado di istruzione, le sue paure e le sue sottovalutazioni, le sue abitudini e i suoi desideri. Per questi motivi l'infermiera diventa una figura di riferimento per i pazienti, offre loro consigli sullo stile di vita, li aiuta a trovare soluzione ai bisogni di salute, li aiuta a gestire malattie e disabilità croniche. L'infermiera, essendo costantemente presente, conosce bene i pazienti e offre per questo un servizio basato su un rapporto di fiducia. È proprio questo rapporto di fiducia che fa sì che i pazienti chiedano qualsiasi cosa che possa chiarire i loro dubbi.

Per quanto riguarda le prescrizioni terapeutiche l'infermiera si trova un po' nel mezzo fra la figura del medico e quella del farmacista, il suo punto di vista e le osservazioni che

raccoglie possono essere molto utili al farmacista per capire quello che il paziente pensa, desidera, approva o non approva. È pure interessante mettere a confronto quanto i pazienti dicono all'infermiera, al farmacista o al medico perché spesso ci sono versioni differenti a seconda della figura con cui stanno interagendo.

In un ambulatorio di medicina generale cui fanno riferimento 1.500 pazienti entrano mediamente 40 persone al giorno, buona parte di queste si rivolgono direttamente all'infermiera per una varietà di motivi: medicazione, elettrocardiogramma, lavaggio auricolare, prelievo di sangue, tampone faringeo, ripetizione di una prescrizione terapeutica, ecc. Durante tutta questa attività i pazienti pongono domande e chiedono chiarimenti.

► Obiettivi e metodi dello studio

Ci siamo riproposti di raccogliere le domande che i pazienti anziani fanno a un infermiera sulle prescrizioni terapeutiche, i commenti sui farmaci che venivano loro prescritti e le considerazioni relative al loro rapporto con la

farmacia e il farmacista. Le domande assieme a commenti e considerazioni, sono state registrate per tre mesi consecutivi e successivamente sono state divise in due gruppi:

- a.** quelle che riguardavano direttamente la prescrizione medica
- b.** quelle che prendono in considerazione il ruolo del farmacista relativo alla prescrizione medica.

► Risultati 1° gruppo (prescrizione medica)

- Il dottore mi ha cambiato farmaco senza dirmelo/senza spiegarmi perché.
- Prendo troppi farmaci, ho paura di fare confusione.
- Ho paura che mi abbia prescritto troppi farmaci, che mi facciano male.
- Come devo prenderlo questo farmaco? A che ora? Quanto? Per quanti giorni? Dovrò prenderlo per sempre? Farà interazione con gli altri farmaci che prendo tutti i giorni?
- Mi può scrivere la posologia così non mi dimentico?
- Se prendo questa medicina (prescritta per una patologia acuta) potrebbe peggiorare la mia condi-

zione (di patologia cronica)?

- Credo che questo dosaggio sia eccessivo per me.
- Non l'ho preso tutti i giorni, mi sembrava troppo.
- Ne ho prese solo un paio poi basta, non mi sentivo meglio.
- Il medico si ricordava che sono allergico a quel farmaco?
- Il farmaco equivalente che mi ha prescritto è meno efficace/mi fa effetti collaterali/non mi fa bene. So che dovrebbe essere uguale ma per me non è così.
- Posso avere la prescrizione su ricetta "in bianco"? Pago di meno anche se è un farmaco mutuabile.
- Dovrò pagare il ticket? Ma se sono esente di tutto!
- Come questo farmaco è a pagamento? Ma io ho l'esenzione!

► Considerazioni

Da queste domande e affermazioni possiamo capire senz'altro che i farmaci hanno un posto di notevole rilevanza nella vita dei pazienti anziani. Sono pazienti affetti in grande maggioranza da pluripatologie, spesso croniche, che a volte proprio per la complessità della terapia, che non mantiene nel tempo un regime semplice, rischiano di avere una scarsa compliance. È importantissimo che il paziente instauri un ottimo rapporto col medico, ma anche con altre figure di riferimento, quali infermiere e farmacista, in modo che possa esternare qualsiasi dubbio in merito alla prescrizione, dubbio che anche se può sembrare banale non lo è mai. La comprensione della prescrizione e l'aderenza alla terapia fanno decisamente la differenza. È necessario da parte nostra essere certi che il paziente abbia compreso chiaramente la prescrizione, il motivo per cui quel determinato farmaco è

stato prescritto, che sappia cosa può aspettarsi a breve, e che sia a conoscenza di eventuali effetti collaterali o ritardati del farmaco. Questo alimenta la fiducia e aiuta l'instaurarsi di una buona collaborazione. A questo proposito è utilissimo un sussidio visivo chiaro e semplice (schema, tabella, scritte colorate o evidenziate) da gettare e rinnovare completamente ad ogni cambio di terapia, in certi momenti può essere necessario anche tutti i giorni.

Molti anziani temono che troppi farmaci o una dose a parer loro eccessiva possa essere dannosa, e non di rado ammettono di non aver assunto il farmaco come da prescrizione, ma in un dosaggio ridotto. Questo fattore può essere migliorato se il paziente non si sente giudicato male per questo, o additato come irresponsabile, ma al contrario compreso e aiutato a capire.

Una frase tipo "Vede, la sua pressione arteriosa non è scesa, ma ormai quel che è stato è stato, pazienza, ora le spiego cosa dobbiamo fare perché lei stia meglio" piuttosto che "Ma chi le ha dato l'autorizzazione a non prendere i farmaci? Non si rende conto dei danni che può causare?" intimorisce meno la persona che si sentirà incoraggiata a fidarsi e soprattutto, a dire di nuovo la verità in futuro, senza avere paura di essere aggredita, perché c'è qualcuno che la capisce e si preoccupa realmente della sua salute.

Tutti immaginiamo la difficoltà che prova un medico che cerca di capire come mai quel farmaco non ha funzionato come sperava, si scervella per pensare alle possibili cause, quando semplicemente quel farmaco non è stato assunto. In questo infermieri e farmacisti giocano un ruolo importante. La nostra figura è meno autoritaria, non rappresenta la regola,

l'autorevolezza; è più accogliente e simile a una guida. I pazienti ci ascoltano, cerchiamo di incoraggiarli sempre perché non nascondano nulla al medico, e gli dicano la verità!

Spesso i pazienti sono restii a esprimere le loro preoccupazioni riguardo la loro malattia, tendono a reprimerle e quindi a non prendere nemmeno in considerazione i vantaggi di un trattamento farmacologico. A volte è più semplice "dimenticare" di prendere un farmaco o prenderlo solo saltuariamente. Infermieri e farmacisti spesso fungono da valvola di sfogo dei pazienti. Dobbiamo avere la capacità di indirizzarli dal medico, prima che di loro spontanea volontà modifichino o interrompano un trattamento in modo avventato, magari in seguito a un fastidioso effetto indesiderato.

Non meno importante il fattore costi, spesso è un problema che ha un gran peso. La maggior parte dei pazienti anziani ha un'entrata fissa a cui far riferimento e la prescrizione di un farmaco costoso può alterare la gestione di quell'entrata. È giusto e doveroso informare la persona del costo del farmaco, e nel caso sia rilevante, tener conto anche di questo al momento della prescrizione o della consegna del farmaco, se non vogliamo avere un altro motivo che ci porterà ad avere a che fare con una scarsa aderenza alla terapia.

► Risultati 2° gruppo (farmacista e prescrizione medica)

- Preferisco andare nella farmacia privata, in quella comunale non mi seguono bene.
- In quella farmacia il farmacista mi conosce/siamo amici/mi fa lo sconto/mi tratta bene. Preferisco andare lì.
- Sul banco della farmacia c'è tanto materiale informativo che riguar-

da alcuni farmaci, è molto utile.

- Preferisco andare sempre in quella farmacia perché è comoda, vicina a casa. Tanto i farmaci li prescrive il medico, quindi una farmacia vale l'altra.
- In quella farmacia hanno tanti prodotti naturali/omeopatici, e prima di prendere farmaci vorrei provare con qualcos'altro, mi dirà il farmacista cosa.
- Sono andato direttamente in farmacia per un disturbo non grave, senza passare dal medico.
- Ogni volta che mi cambiano marca, cambia il colore e la forma della scatola e/o delle pastiglie e io vado in confusione e non capisco più niente, e poi finora è andata bene così, non vedo perché dovrei cambiare.
- Io voglio seguire scrupolosamente la prescrizione del medico, mi fido di quello che ha prescritto quindi prendo quello, non voglio nessun farmaco sostitutivo.
- In farmacia mi offrono sempre il generico, ma sanno che non lo voglio, mi da fastidio!
- Posso farmi dare anche il generico o è meglio l'originale? Preferisco essere sicuro, anche se costa di più.
- Il farmaco originale costa troppo, preferisco prendere il generico, sarà lo stesso.
- Ci sono troppo poche compresse nella scatola, finiscono subito.
- Dovrebbero vendere le pastiglie sfuse, sarebbe più comodo e prenderemmo solo quelle che servono, senza tanti sprechi!
- Dovrebbero darci i farmaci continuativi direttamente in farmacia senza di bisogno di passare di qui a farci fare la ricetta, tanto sono sempre quelli.
- Il prezzo sarà lo stesso in qualsiasi farmacia?
- Ce l'avranno in farmacia o è un farmaco che si usa poco e mi toc-

cherà ordinarlo e tornare dopo a prenderlo?

- Il farmacista mi ha detto che questo farmaco non è più in commercio, mi consiglia quest'altro che è molto simile, va bene?
- In farmacia mi hanno dato questi integratori, dovrebbero aiutarmi per la stanchezza, posso prenderli?
- In farmacia ci vado almeno una volta alla settimana, prendo un sacco di medicine.

► Considerazioni

Vediamo che i pazienti ripongono una buona fiducia nel farmacista di riferimento, i consigli che lui da vengono senz'altro presi in considerazione e spesso ascoltati. Molte volte il paziente si rivolge prima al farmacista che al medico, per problematiche che possono apparire di poco conto, ma anche per situazioni più complesse. Il farmacista avrà la competenza necessaria per capire fino a quando un paziente può evitare di rivolgersi al medico, e quando invece questo risulta necessario. I pazienti si aspettano che le valutazioni del farmacista a questo proposito siano le migliori. Valutano in modo più che positivo l'intervento del farmacista che li incoraggia a porre fiducia nel loro medico e li guida verso una sempre più piena consapevolezza della loro condizione di salute. Questo li aiuta senza dubbio ad aderire pienamente e senza indugi alla terapia prescritta. Il paziente desidera poter contare sul farmacista di fiducia per avere chiarimenti riguardo al proprio stato di salute e ai farmaci che sta assumendo. Un'autentica collaborazione e comunicazione tra medici infermieri e farmacisti potrà garantire la piena soddisfazione delle sue aspettative, facendogli arrivare un messaggio unico.

I pazienti non vedono e non temono uno sconfinamento del farmacista nell'attività del medico, non riferiscono che venga mai modificata la prescrizione di un farmaco, la posologia, il dosaggio, ma apprezzano che vengano loro indicati eventuali errori nella gestione della terapia, anche al fine di ridurre gli sprechi che possono verificarsi nel caso in cui i farmaci siano male utilizzati.

► Conclusioni

Ognuno nella sua diversità e unicità cerca e vuole il meglio per se stesso. Una buona comunicazione tra medico, infermiere e farmacista può essere una grande marcia in più per poter fornire al paziente la miglior assistenza possibile. Non è raro che il farmacista noti un'incongruenza o un errore nelle prescrizioni, o che valutandolo con il paziente scopra che non c'è stata comprensione o che non c'è addirittura intenzione di aderire alla terapia. Non è raro che l'infermiere noti che quel farmaco che dovrebbe essere continuativo non viene in realtà prescritto da mesi, o viene richiesto al contrario troppo spesso. Con un attimo di attenzione in più possiamo facilmente individuare e risolvere questi problemi e dare ai nostri pazienti quello di cui hanno bisogno. Come professionisti della salute questo ci donerà soddisfazione professionale e di certo valorizzerà il nostro operato.

** Il presente articolo è stato elaborato anche per Italian Journal of Primary Care, organo della SIICP*

Note bibliografiche

1. Maso G, Semenzato A. Infermiere e medico di famiglia. Passoni Editore, Milano 2005.
2. Maso G. Le età della vita. Passoni Editore, Milano 2007.
3. Bisconcin M, Maso G, Mathers N. The European Textbook of Family Medicine. Passoni Editore, Milano 2003.

AGGIORNAMENTI



■ **CHIRURGIA VASCOLARE**

Aneurisma dell'aorta addominale, la prevenzione è praticabile

■ **MALATTIE INFETTIVE**

Arginare le infezioni correlate all'assistenza sanitaria

■ **MEDICINE NON CONVENZIONALI**

Efficacia dell'agopuntura nella sindrome climaterica iatrogena

■ **MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE**

Appello alla vaccinazione per l'infezione da papillomavirus

■ **NEUROLOGIA**

Solo l'osservazione clinica identifica le distonie dell'adulto

■ **ORTOPEDIA**

Stenosi del canale vertebrale tra chirurgia e terapia conservativa

■ **PNEUMOLOGIA**

Prima triplice terapia "once daily" per la BPCO

■ CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurisma dell'aorta addominale, la prevenzione è praticabile

La rottura di un aneurisma dell'aorta addominale (AAA) si può prevenire individuando precocemente la sua presenza con un cambio di paradigma, che parta dalla sensibilizzazione clinica per questa subdola patologia.

“Sarebbe auspicabile che il medico che esegue una ecografia addominale per altri motivi clinici (per esempio per indagare la presenza di eventuali patologie prostatiche, epatologiche o renali, ecc) si soffermasse con la sonda sull'aorta addominale: basterebbero 30 secondi per individuare una eventuale dilatazione. Oppure sarebbe utile prescrivere regolarmente un eco-Doppler dell'aorta addominale ai pazienti con età >60 anni con fattori di rischio cardiovascolari noti. Ancora oggi continuano ad arrivare in Pronto Soccorso persone con aneurismi rotti o fissurati di 8-10 cm di diametro. È assurdo che non ci si mobiliti per evitare un evento così drammatico”. L'appello è del Prof.

Basilio Crescenzi, Vicepresidente della Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare (SIAPAV), già Direttore del Dipartimento di Chirurgia Cardiovascolare e Trapianti e della UOC di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale Monaldi di Napoli intervistato da M.D. Il complesso tema

è stato ampiamente trattato al Congresso europeo di Medicina Vascolare, organizzato dalla SIAPAV (Roma, 8/10 maggio 2016).

In Italia la rottura dell'AAA è un evento che causa 6000 morti ogni anno. “In circa il 50% dei casi l'exitus per emorragia massiva a livello dell'aorta addominale avviene prima dell'arrivo in PS e la mortalità intraoperatoria/post-operatoria è elevatissima raggiungendo sino al 50/60% dei pazienti. Tutte morti evitabili se la patologia fosse diagnosticata precocemente, permettendo così interventi di elezione e in sicurezza, con risultati ottimi (mortalità <2%)” - illustra Monaldi.

“L'ideale per una prevenzione ottimale sarebbe uno screening di popolazione, ma per motivi economici è un'ipotesi difficilmente percorribile. Un'altra ipotesi sarebbe quella di effettuare uno screening sistematico della popolazione ad alto rischio cardiovascolare (fumatori, ipertesi, obesi, cardiopatici ischemici ecc.), che è una modalità in atto in alcuni Paesi di cultura anglosassone e raccomandata in varie parti del mondo dalle società scientifiche angiologiche e angio-chirurgiche. Ma questo approccio presuppone una presa di coscienza da parte delle istituzioni e

anche in questo caso l'aspetto economico ne limita l'attuazione. Per questo è prioritario creare consapevolezza e cultura”.

► Fattori predittivi di rottura e riparazione

Il più noto fattore predittivo di rottura di un AAA è il suo diametro: nei maschi è stato calcolato per AAA di calibro <5.5 cm un rischio di rottura dell'1%/anno, per AAA di calibro tra 5.5 e 7 cm un rischio del 10%/anno. Nelle femmine si è osservato che l'AAA si rompe con calibri minori. Altri fattori predittivi sono la velocità di crescita (specie se >05 cm/anno) e la forma (quello sacciforme è più a rischio rispetto al fusiforme).

“Attualmente sono disponibili due metodiche per la riparazione dell'AAA: il trattamento tradizionale e, meno invasivo, quello endovascolare (EVAR)” - spiega Monaldi. “EVAR si basa sulla introduzione attraverso gli assi femorali e iliaci di una endoprotesi che viene ancorata sopra e sotto l'AAA. Per poter essere eseguito richiede una appropriata anatomia comprendente assi iliaci di calibro adeguato per consentire l'introduzione dell'endoprotesi ed un colletto aortico adeguato al di sopra dell'AAA per consentire l'ancoraggio della stessa”.



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

■ MALATTIE INFETTIVE

Arginare le infezioni correlate all'assistenza sanitaria

Lungi dall'essere debellate, le patologie infettive rappresentano una priorità per la sanità pubblica mondiale. A ciò contribuiscono sia le cosiddette "resistenze microbiche" che stanno sempre un passo avanti alla ricerca farmacologica sia le condizioni di alcune popolazioni di pazienti, per esempio gli anziani politrattati o allettati e quindi esposti a quadri infettivi sempre più complessi, gli immunosoppressi, i portatori di dispositivi invasivi.

Il tema è stato affrontato nel corso dell'incontro "Strategie di prevenzione e cura delle infezioni da germi multiresistenti nel paziente ospedalizzato" (Milano, 19.4.2016). L'obiettivo è stato quello di condividere strategie di prevenzione e di corretto utilizzo delle risorse farmacologiche tra chi è direttamente coinvolto nella gestione di questa emergenza.

► Buona pratica clinica

Non tutte le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria (ICA) sono prevenibili. "Tuttavia, con le buone pratiche cliniche e con semplici atti, almeno in parte si possono raggiungere dei risultati - ha puntualizzato a *M.D.* il Prof. **Claudio Viscoli**, Direttore Clinica Malattie Infettive,

IRCSS AOU San Martino IST di Genova e Presidente Società Italiana per la Terapia Antinfettiva.

Poiché tra i principali meccanismi di trasmissione si registra il contatto diretto tra una persona sana e una infetta, "la corretta igiene delle mani da parte del personale sanitario rientra tra le buone pratiche cliniche - continua Viscoli. "Comunque le ICA non sono comprimibili, perché sono legate al modo con cui noi oggi noi curiamo. Sono l'effetto della progressiva introduzione di farmaci che, se da un lato ci permettono di trattare situazioni cliniche molto complesse (leucemie, tumori, malattie reumatiche, ecc) dall'altro riducono le difese contro le infezioni. Anche interventi di alta chirurgia, quali i trapianti, mettono molto a rischio l'integrità delle difese immunitarie. È dunque necessario che anche i cittadini prendano coscienza che allo stato dell'arte le ICA non sono comprimibili e non devono essere materia di scandalo ma fanno parte del gioco della moderna medicina.

"L'altro aspetto è che siamo di fronte al fenomeno delle infezioni causate da microrganismi multi-resistenti a quasi tutti gli antibiotici disponibili e nel nostro Paese l'antibiotico-resistenza è tra le più elevate in UE e quasi sempre al di sopra della media europea.

Nell'attesa che la ricerca metta a disposizione nuovi antibiotici dobbiamo imparare a utilizzare questi presidi in modo più responsabile, applicando programmi per migliorarne l'uso, quale per esempio l'Antimicrobial Stewardship" - continua Viscoli. La loro efficacia deve essere preservata anche con la limitazione del loro uso anche in ambito non clinico, come nell'agricoltura e negli allevamenti degli animali da reddito, con protocolli appropriati. Inoltre la diagnosi microbiologica dovrebbe essere rapida per evitare il più possibile terapie empiriche".

► Organizzazione sul territorio

Per affrontare il fenomeno il medico che opera sul territorio ha un ruolo strategico. "Potremmo prendere ad esempio quanto succede nella vicina Francia, dove gli infettivologi del territorio di Nizza operano, come consulenti, in stretto contatto con i Mmg. L'organizzazione in Italia di 'dipartimenti metropolitani di malattie infettive', in cui gli specialisti potrebbero svolgere attività di consulenza per la medicina territoriale ma anche per le strutture non dotate di reparti di infettivologia potrebbe essere un percorso vincente. È questo potrebbe essere realizzato anche coinvolgendo i nostri giovani medici" - suggerisce Viscoli.



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



■ MEDICINE NON CONVENZIONALI

Efficacia dell'agopuntura nella sindrome climaterica iatrogena

Nelle donne con tumore mammario l'agopuntura in associazione con consigli su stili di vita appropriati può rappresentare un approccio efficace per la gestione delle vampate di calore, contribuendo a migliorare la qualità della vita e può essere un sostegno per affrontare la sindrome climaterica iatrogena. Sono i risultati dello studio multicentrico regionale "Acupuncture as an integrative approach for the treatment of hot flashes in women with breast cancer: a prospective multicenter randomized controlled trial (AcCliMaT)" (*Lesi G. et al. JCO 2016; marzo 2016, online*), di cui la AUSL di Bologna è stata la capofila. Lo studio fa parte di un percorso di integrazione delle medicine non convenzionali (MnC) nei servizi di territorio dedicati alla salute della donna, iniziato nell'Ausl di Bologna nel 2002. L'obiettivo era valutare l'efficacia e la sicurezza di alcune pratiche assistenziali di MnC, attraverso l'attuazione di progetti sperimentali.

► La ricerca

Il follow-up è una fase molto delicata nel percorso assistenziale della neoplasia della mammella e l'approccio multidisciplinare è partico-

larmente importante per aiutare le donne a contrastare i sintomi e gli effetti collaterali da farmaci. Nausea, fatigue da chemioterapici, dolori articolari e sindrome climaterica molto intensa (dal 65% al 85% dei casi) per la quale la terapia standard proposta è il cosiddetto "self care", che comprende indicazioni di stile di vita, esercizio fisico, estrogeni a livello locale per la secchezza vaginale e supporto psicologico. È in questo contesto che si colloca la ricerca di soluzioni di MnC a problematiche che interferiscono sulla qualità di vita di donne (QdV) attive nella famiglia e nel lavoro.

Diversi studi hanno proposto l'agopuntura in quanto sembra avere una buona efficacia sui sintomi menopausali senza comportare un aumento del rischio oncologico. Lo studio AcCliMaT si è posto l'obiettivo di verificare se il trattamento con agopuntura in aggiunta alla terapia standard determini realmente un maggiore beneficio.

Sono state reclutate 190 donne con diagnosi di tumore mammario, età media 49 anni, che sono state informate e motivate a seguire i consigli di self care per almeno 12 settimane. Il gruppo selezionato per la MnC (n. 85) ha effettuato 10 sedu-

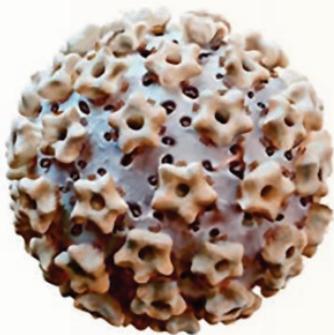
te di agopuntura tradizionale e self care, secondo un protocollo diagnostico/terapeutico predefinito.

L'obiettivo primario era la valutazione della variazione del punteggio di Hot Flash Score (HFS) al termine del trattamento, calcolato come frequenza media settimanale moltiplicata per l'intensità delle vampate di calore (scala climaterica di Greene). Gli obiettivi secondari erano la variazione dei sintomi climaterici e della qualità di vita.

Il gruppo che ha fatto self care + agopuntura ha ottenuto un punteggio di Hot Flash Score significativamente inferiore al gruppo che faceva solo self care, sia alla fine del trattamento che nelle visite di follow-up 3 e 6 mesi. L'agopuntura è stata anche associata ad un minor numero di sintomi climaterici e a una migliore qualità della vita.

In sintesi lo studio ha sottolineato la necessità di implementare un percorso di medicina integrata nella gestione della sindrome climaterica delle pazienti con tumore al seno.

Secondo gli autori dello studio i benefici di questo approccio potrebbero essere estesi, con cautela, a situazioni cliniche in cui i farmaci convenzionali per il trattamento di vampate di calore non possono essere utilizzati, quindi ritengono che il percorso possa proseguire attraverso la proposta di ulteriori iniziative volte a migliorare la qualità di vita delle donne.



■ MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Appello alla vaccinazione per l'infezione da papillomavirus

L'invito non poteva essere più esplicito: la vaccinazione contro il papillomavirus umano (Hpv) va sostenuta, resa accessibile a tutti e diffusa il più possibile. Arriva dalle pagine del *Journal of Clinical Oncology* ed è rivolto ai medici di tutto il mondo l'editoriale dell'American Society of Clinical Oncology, che è una inequivocabile dichiarazione a favore della vaccinazione contro l'Hpv (Bailey HH et al. *JCO* 2016). Con questa raccomandazione l'Asco ha l'obiettivo di aumentare la consapevolezza della classe medica dell'enorme impatto globale dei carcinomi correlati all'Hpv. Invita ad aumentare l'adesione alla vaccinazione tramite un maggiore coinvolgimento dei clinici nel garantire adeguata informazione e chiedendo l'attuazione di strategie concrete per abbattere le barriere di accesso ai vaccini.

"L'implementazione dei vaccini contro le patologie Hpv correlate ha aperto un innovativo scenario di prevenzione primaria - ha commentato a **M.D. Luciano Mariani**, ginecologo e responsabile HPV-Unit dell'IFO di Roma. "L'impatto globale e l'importanza del vaccino vanno ricondotti alla dimensione numerica: ogni anno nel mondo ci sono 700.000 cancro correlati all'Hpv, ovvero circa il 5% di

tutti i tipi di cancro che affliggono l'umanità. In Italia lo screening cervicale, ben diffuso su tutto il territorio nazionale, ha permesso la riduzione dell'incidenza del cancro della cervice uterina rispetto a due decenni fa, tuttavia nel 2012 si sono verificati 1.515 nuovi casi e 697 decessi".

► Efficacia dei vaccini

"Negli studi registrativi i due vaccini anti-Hpv hanno dimostrato un'efficacia clinica vicina al 95% nel ridurre le lesioni precancerose del collo dell'utero causate dai tipi Hpv 16 e 18, responsabili del 70% dei cancri e del 100% per le lesioni pretumorali di vulva e vagina e per le condilomatosi ano-genitali. Quindi un'altissima copertura valida anche per i maschi: va ricordato che il vaccino quadrivalente protegge anche contro Hpv 6 e Hpv 11, responsabili del 90% dei condilomi genitali. Inoltre l'efficacia dei vaccini è confermata anche negli studi di real life".

► La situazione italiana

"Ci troviamo di fronte a una disomogeneità territoriale: ci sono Regioni più virtuose che arrivano a una copertura fino all'85% ad altre che raggiun-

gono a malapena il 25% - chiarisce Mariani. Le ragioni non sono solo di carattere economico: sulle vaccinazioni ci sono molte barriere ideologico-culturali che interessano sia la classe medica che la società civile, tant'è che osserviamo una riduzione della copertura vaccinale in età pediatrica, che nel tempo potrebbe rappresentare un rilevante problema di salute pubblica. D'altra parte la scomparsa di alcune malattie infettive ha reso meno sensibili i medici stessi, tanto che oggi si afferma che 'i vaccini sono vittima del loro stesso successo'. Poi c'è una diffidenza nei confronti dei programmi di salute pubblica, un vizio tutto italiano: la cultura di sospetto per le aziende farmaceutiche e, non ultimo, le sciagurate sentenze sul presunto ruolo dei vaccini nella genesi dell'autismo. Un'altra barriera è quella genitoriale: spesso si ha il timore che la vaccinazione possa incrementare l'attività sessuale o ancora che possa proteggere anche dalle MTS. È dunque necessario che tutti gli attori coinvolti (ginecologi, igienisti, pediatri, Mmg, dermatologi, ecc) nell'area dialettica della vaccinazione (applicazioni, efficacia, sicurezza, tollerabilità) condivida l'utilizzo del vaccino, mettendone in luce i benefici e favorendo così una più alta adesione ai programmi vaccinali"- conclude Mariani.



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

■ NEUROLOGIA

Solo l'osservazione clinica identifica le distonie dell'adulto

La diagnosi delle distonie, così come quella della malattia di Parkinson, è basata esclusivamente sull'osservazione clinica, ma esiste un numero indefinito di casi che non arriva all'attenzione del medico o riceve diagnosi errate o ci arriva dopo diversi anni. "Porre una diagnosi corretta è fondamentale poiché il trattamento delle due condizioni è profondamente diverso" - sottolinea a **M.D. Giovanni Defazio**, Prof. Associato di Neurologia, Università "Aldo Moro" di Bari. Il tema delle distonie è stato oggetto di confronto nel corso del 2° Congresso dell'Accademia Italiana LIMPE-DISMOV (Bari 4 /6.5.2016).

► Inquadramento delle distonie

Le distonie nell'adulto (età >20 anni) sono un disordine del movimento in cui alcuni gruppi muscolari contraendosi involontariamente producono movimenti e/o posizioni anomale. "La distonia rimane spesso confinata in uno o pochi gruppi muscolari, ma la frequenza e l'intensità delle contrazioni, anche se coinvolgono piccoli muscoli, possono essere tali da interferire significativamente nella vita quotidiana del paziente. I muscoli interessati possono essere in diverse parte

del corpo - spiega Defazio. Per esempio possono essere interessati i muscoli del collo, che producono movimenti di rotazione involontaria del capo, dando vita al cosiddetto torcicollo spasmodico o distonia cervicale, o ancora i muscoli della bocca tanto da produrre movimenti involontari di apertura/chiusura della bocca stessa. Persone che soffrono di blefarospasmo (distonia caratterizzata dalla chiusura persistente, forzata e involontaria delle palpebre) possono improvvisamente "spalancare" gli occhi se chiamati a svolgere un compito che richiede molta attenzione, come guidare l'automobile. A volte, come nel caso di alcune forme di distonia dell'arto superiore (distonie attitudinali), la malattia si manifesta solo se il soggetto svolge alcuni compiti specifici, come ad esempio scrivere ("crampo dello scrivano"), suonare uno strumento musicale ("crampo del musicista"). Tuttavia, la persona con il crampo dello scrivano suonando il pianoforte non manifesta assolutamente le contrazioni muscolari e viceversa. Le distonie vengono considerate malattie rare: in realtà ad oggi la loro prevalenza non è nota. Probabilmente la frequenza è di circa 500 casi/per milione di abitanti, tant'è che dopo la malattia di Parkinson (MP) e i tremori, si ipotizza che potrebbero essere al ter-

zo posto tra i disturbi del movimento più diffusi nella popolazione. Il principale problema di diagnosi differenziale tra distonie e malattia di Parkinson riguarda soprattutto la possibilità che questi pazienti abbiano un tremore a carico di uno o entrambi gli arti superiori, spesso a riposo, quanto l'arto non è impegnato in un compito attivo. In precedenza il tremore a riposo era considerato uno stigma specifico per la MP, attualmente invece si è osservato che può essere presente anche in altre situazioni, tra cui le distonie dell'adulto. Il trattamento di elezione delle distonie dell'adulto è la tossina botulinica, farmaco sicuro, dagli ottimi risultati. Iniettata nei muscoli colpiti, il farmaco agisce nelle zone di contatto tra nervi e muscoli, impedendo il rilascio da parte delle terminazioni nervose di acetilcolina e riducendo le contrazioni muscolari.

► Registro Italiano

"Il 'Registro Italiano per le Distonie dell'Adulto' è una iniziativa implementata dall'Accademia LIMPE-DISMOV - illustra Defazio, che ne è il coordinatore. "Ha l'obiettivo di registrare in modo standardizzato e uniforme i dati clinici, per disegnare la reale situazione epidemiologica e identificare fattori di rischio e delineare meglio la storia naturale di malattia".



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

■ ORTOPEDIA

Stenosi del canale vertebrale tra chirurgia e terapia conservativa

Nel trattamento della stenosi del canale non si evidenziano in letteratura differenze significative fra il trattamento chirurgico e quello conservativo. Sono le conclusioni di una review Cochrane, condotta da un gruppo di lavoro dell'Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale (ISICO), struttura fortemente impegnata, oltre che nella cura, anche nelle attività di ricerca (www.isico.it).

“La stenosi del canale è una patologia molto frequente nella popolazione con età >60 anni, soprattutto di sesso femminile. Sostanzialmente si tratta di un restringimento del canale vertebrale legata a una predisposizione personale su base genetica, su cui si sovrappongono processi di natura degenerativa (artrosi delle faccette, degenerazioni discali, ecc) - illustra ad *M.D.* **Fabio Zaina**, specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione di ISICO e primo autore della review sistematica.

“Ciò può determinare un quadro di sofferenza dei vasi del midollo stesso, dando luogo alla claudicatio neurogena, con conseguente dolore che parte dal tratto lombare e si irradia bilateralmente in maniera simmetrica ad entrambi gli arti infe-

riori. Il sintomo è scatenato in particolare dalla deambulazione e anche dalla posizione ortostatica e tipicamente si assiste al miglioramento sintomatologico in posizione seduta con il tronco flesso in avanti. Questo problema clinico può impattare negativamente sulla qualità di vita dei pazienti, limitandone molto le attività della vita quotidiana - spiega Zaina.

► La ricerca

“La nostra ricerca ha messo a confronto approccio chirurgico versus trattamenti conservativi. Per la chirurgia sono stati considerati sia la laminectomia (tecnica standard finalizzata alla decompressione del midollo, che permette di dare più spazio al midollo stesso) sia approcci mini-invasivi basati su spaziatori che hanno l'obiettivo di portare in flessione relativa gli elementi della colonna. Per quanto riguarda il trattamento conservativo sono stati considerati esercizi, iniezioni epidurali, uso di corsetti, manipolazioni, ecc, non essendo evidenziato in letteratura uno standard ben definito.

Nella review sono stati inclusi 5 studi randomizzati e controllati, per

un totale di 643 pazienti, ripartiti circa in egual misura sui due trattamenti (chirurgia vs approccio conservativo). I risultati hanno dimostrato una sostanziale sovrapponibilità dei due approcci in termini di efficacia terapeutica. Dal punto di vista clinico il limite dei risultati è che l'approccio conservativo non è ben descritto in tutti gli studi, perché nati principalmente in ambito chirurgico.

“Tuttavia va sottolineato che la prevalenza di effetti collaterali è nettamente a svantaggio dell'approccio chirurgico che può avere effetti collaterali importanti che riguardano dal 10% al 24% dei pazienti: da infarto a frattura dei processi spinosi a disturbi respiratori ed ematomi fino al rischio di reintervento e morte per edema polmonare. Dunque l'equiparazione dei risultati raggiunti dai due trattamenti è importante perché va considerato il rischio maggiore di complicanze decisamente maggiore per l'approccio chirurgico - conclude Zaina.

Bibliografia

- Zaina F, Tomkins-Lane C, Carragee E, Negrini S. Surgical versus non-surgical treatment for lumbar spinal stenosis (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2016.



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

■ PNEUMOLOGIA

Prima triplice terapia “once daily” per la BPCO

Nel trattamento delle malattie croniche importanti sforzi sono stati dedicati ad affiancare all'efficacia dei farmaci strategie per incoraggiare i pazienti ad assumerli correttamente e con costanza. Tanto più per una patologia come la BPCO, in cui l'assunzione dei farmaci è spesso veicolata da un device, il cui corretto utilizzo è elemento indispensabile per l'esplicazione delle potenzialità terapeutiche. In questo contesto, oltre all'ovvio ruolo del paziente, vi sono altri due attori: il medico (tra cui il Mmg svolge una funzione di primo piano) e l'efficacia e la maneggevolezza del farmaco, anche perché spesso si tratta di anziani, ultrasessantacinquenni, e con una lunga storia di malattia. Nella maggior parte dei casi sono affetti da altre patologie croniche, soprattutto cardiologiche, e sono già in politerapia: tutti fattori che possono rendere più difficile seguire correttamente le indicazioni per la terapia.

► Efficacia e maneggevolezza

Proprio anche per venire incontro a queste esigenze è stato reso disponibile un nuovo broncodilatatore, umeclidinio, in tripla associazione con la formulazione preconstituita contenente

fluticasone furoato e vilanterolo. La novità assoluta è che si tratta della prima triplice terapia studiata e sperimentata appositamente per le condizioni più severe di BPCO ed è indicata per quei pazienti frequenti riacutizzatori, per i quali la combinazione di corticosteroidi e β 2-agonisti a lunga durata d'azione, i cosiddetti ICS-LABA, non è più sufficiente ad evitare la dispnea. Questa triplice terapia rappresenta oggi l'unico approccio di combinazione tra ICS + LABA e LAMA che viene erogata da due inalatori perfettamente identici (Ellipta). Questi inalatori sono pre-riempiti, pronti all'uso e di facile impiego: la somministrazione della terapia è giornaliera e l'assunzione viene fatta attraverso tre semplici mosse - apri, inala, chiudi - che consentono ai pazienti una facile assunzione del farmaco.

► Le parole del Mmg

Accanto a questo, il ruolo del Mmg rimane fondamentale - come ricorda **Gabriella Levato**, Vice-segretario Fimmg Lombardia - “È il primo che può fare diagnosi di BPCO e svolge un importante ruolo nel tempo, nel seguire il paziente nella sua globalità e tenendo conto di eventuali comorbidità”.

Per questo la sua azione può avere un particolare peso anche nell'incoraggiare l'aderenza terapeutica, senza la quale cresce il rischio di riacutizzazioni e peggioramento, con riflessi negativi sia sul paziente sia per il sistema sanitario, che deve far fronte ad aumenti nelle spese per gestire ricoveri e peggioramenti dello stato di salute. Per questo occorre migliorare la consapevolezza dei pazienti e dei familiari nei confronti delle patologie respiratorie croniche. Utili strategie possono essere:

- fornire informazioni scritte
 - consigliare di tenere i farmaci sempre in uno stesso posto
 - suggerire di associare l'assunzione della terapia a un gesto classico della routine quotidiana
 - programmare colloqui regolari.
- “Il Mmg - aggiunge Gabriella Levato - ha un ruolo importante anche nella scelta del device”, quando indicato: la monosomministrazione/die è in genere, preferita rispetto a un'assunzione ripetuta del farmaco durante la giornata (*Ann Allergy Asthma Immunol* 2013; 111: 216-20). Un altro accorgimento, cruciale nella terapia di farmaci inalatori, è quello di rendere semplice l'utilizzo dei dispositivi erogatori, riducendo al minimo le possibilità di errori nell'assunzione del farmaco.



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

Mmg e gestione del paziente con dolore: rischio iatrogeno e cure di supporto

La gestione del dolore è materia multidisciplinare, dove ricercatori, produttori, Mmg, specialisti, pazienti e istituzioni sanitarie costituiscono un'unica partnership finalizzata a collaborare equamente per raggiungere lo stesso obiettivo: alleviare le sofferenze del malato

Massimo Mammucari,¹ Claudio Leonardi,² Renato Vellucci,³ Silvia Natoli,⁴ Marzia Lazzari,⁴ Riccardo Sonnino,⁵ Domenico Russo,⁶ Enrica Maggiori,¹ Anna Roberti⁷

► Prevenzione e gestione del rischio iatrogeno

Il legislatore, con la legge 38/2010, ha sottolineato la rilevanza del setting domiciliare nella gestione della terapia del dolore e delle cure palliative. Da un "ospedale senza dolore" si prospetta un modello "ospedale-territorio senza dolore". Ciò impone due urgenti cambiamenti. Da un lato il Mmg deve aumentare il proprio livello di autonomia gestionale nei confronti del paziente, dall'altro lo specialista deve attuare percorsi di diagnosi e cura condivisi con i Mmg per facilitare la gestione anche domiciliare del dolore. La comunicazione specialista-Mmg permetterà di selezionare precocemente (e meglio) i casi che richiedono interventi ospedalieri e il consulto specialistico sul territorio aumenterà il numero di casi gestibili a domicilio. I supporti tecnologici faciliteranno il cambiamento e la gestione territoriale dei casi a più alta complessità comporterà un risparmio economico e una

maggiore accessibilità alle cure.

Vi sono anche altre aree che potrebbero trarre beneficio dalla maggiore collaborazione tra specialista e Mmg. Una è l'area della prevenzione del rischio iatrogeno. È noto che i farmaci possono essere oggetto di automedicazione e/o abuso. Tuttavia, proprio il rischio di abuso da analgesici e il potenziale rischio di dipendenza possono aumentare il timore di prescrivere tali farmaci anche quando sia necessario. Si rileva che la dipendenza da sostanze da abuso colpisce soggetti vulnerabili a causa di fattori genetici e non (esposizione ambientale). Inoltre, sono stati ipotizzati meccanismi epigenetici generati da variazioni biochimiche che possono modificare l'espressione genica senza una modificazione della sequenza del DNA.²⁰ La dipendenza sarebbe dunque una condizione che si verifica raramente nel paziente che assume farmaci analgesici per il trattamento del dolore²¹. Tuttavia, è comunque utile identificare soggetti che sono potenzialmente a rischio. La maggior parte degli autori americani ha concentrato l'interesse della ricerca su strumenti per evidenziare il possibile abuso da oppioidi²²⁻³⁶. Ciò perché negli USA si è riscontrato un notevole uso scorretto di questi farmaci³⁷⁻³⁹. È interessante notare come in Italia si sia verificato un consumo maggiore di

altre classi di analgesici, come i Fans. Il loro notevole consumo, utilissimi in molte situazioni cliniche, è stato indotto da un lato dall'automedicazione, dall'altro da terapie prescritte oltre il reale bisogno di un effetto antinfiammatorio. Inoltre, negli anziani⁴⁰⁻⁴¹, in soggetti con rischio CV²⁻⁴³ o in combinazione con antiaggreganti⁴⁴, questa classe di farmaci ha controindicazioni che ne rendono inappropriata l'assunzione a lungo termine e il rischio indotto dagli antinfiammatori non deve essere sottovalutato⁴⁵⁻⁴⁷. Per mitigare il rischio da Fans è opportuno limitarne l'uso a brevi periodi di tempo, usando basse dosi e selezionando i pazienti per escludere quelli con controindicazioni⁴⁸.

A tale proposito, oltre alle controindicazioni suggerite dalla nota 66, esistono anche strumenti per calcolare il livello di appropriatezza degli antinfiammatori (<http://sensar.e-hims.com/>). Anche in questo caso, la campagna di sensibilizzazione che il Mmg attua nel dissuadere i pazienti all'uso dei Fans (e dei farmaci in genere) senza una prescrizione medica appare molto utile. È anche interessante notare che alcuni autori hanno studiato l'applicazione di questionari per indagare la predisposizione all'uso di sostanze alcoliche, che oltre ad essere per se stesse nocive, possono interagire con molti farmaci⁴⁹⁻⁵¹. Rilevare oggi l'al-

¹ Medico di Assistenza Primaria, ASL RM1, Roma

² Direttore Unità Operativa Complessa Dipendenze ASL RMC

³ Unità di terapia del dolore e cure palliative Ospedale Universitario, Careggi, Firenze

⁴ Terapia del Dolore Policlinico Universitario TorVergata, Roma

⁵ Terapia del Dolore U.O.C.P. Antea, Roma

⁶ Hospice San Marco, Latina

⁷ Direttore di distretto ASL RM1 - Roma

colismo, il consumo misconosciuto di bevande alcoliche o la predisposizione all'alcol, è importante quanto il riscontro di un aumento del rischio di abuso ai

Tabella 1

Azioni per la gestione del dolore cronico e/o del sospetto di rischio di abuso

Azioni sul paziente (e la famiglia)

- Training sugli effetti dei farmaci
- Condivisione del programma di cura
- Adeguata titolazione dei farmaci
- Avviare la terapia con oppioidi a normale rilascio, prescrivendo la dose efficace più bassa (in combinazione con altri farmaci per sfruttare effetti sinergici)
- Limitare le alte dosi e i lenti rilasci ai casi di dolore grave, evitando gli oppioidi ad alte dosi e rilascio nel trattamento del dolore acuto
- Programma di monitoraggio continuo
- Controllo periodico del consumo dei farmaci
- Ricetta tracciabile dei farmaci
- Misurazione frequente del dolore e aggiustamento della posologia
- Controllo frequente delle caratteristiche cliniche del dolore
- Compilazione della cartella clinica da condividere con altri operatori
- Somministrazione questionari validati per rilevare rischi (alcol, gioco d'azzardo, abuso di altre sostanze, dipendenza da internet, ecc)

Consulti multidisciplinari

- Controlli specialistici programmati e condivisi
- Consulto con specialisti delle dipendenze
- Individuazione precoce di altre forme di dipendenza
- Piano programmato di sospensione della terapia
- Supporto psicologico
- Sorveglianza di situazioni a rischio (perdita del lavoro, riduzione del rendimento lavorativo o scolastico)
- Comunicazione condivisa tra altri operatori sanitari coinvolti

farmaci. Ma ciò che dal punto di vista del Mmg ci sembra più importante è che sono stati realizzati questionari utili anche a indagare sull'uso scorretto dei farmaci⁵². Questo tipo di questionari appare molto interessante nel setting della MG poiché potrebbe permettere di rilevare il rischio di potenziale abuso da tutte le sostanze farmacologiche.

Dato il crescente interesse per la terapia del dolore a base di farmaci più efficaci, potrebbe essere utile selezionare i soggetti che potenzialmente potrebbero rischiare di abusare delle terapie analgesiche. Visto che nel settore dell'assistenza primaria, il dolore rappresenta una condizione frequente e prioritaria e visto che il Mmg deve gestire anche gli effetti a medio e lungo termine dei farmaci analgesici in collaborazione e a supporto dello specialista, sorge la necessità di validare uno strumento specifico per il medico del territorio, come quello proposto per il Mmg⁵³. Quindi, nella condivisione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio, andranno considerate campagne di triage, screening sistematici per individuare i percorsi di cura più adeguati e la somministrazione di questionari validati per rilevare situazioni a più complessa gestione. Ovviamente, l'aver selezionato un paziente con un livello di predisposizione non comporterà la sua esclusione dalla cura del dolore inutile, ma il suo inserimento in un programma di cura con adeguato monitoraggio (*tabella 1*).

A tal proposito la validazione di strumenti di screening specifici per il setting della medicina generale dovrebbe essere una priorità per le istituzioni sanitarie.

► Cure di supporto e palliazione

In alcuni pazienti con avanzato stato di malattia oltre al dolore possono presentare agitazione, ansia, astenia, cachessia, diarrea, stipsi, nausea, vomito, emoftoe, tosse, febbre, dispnea,

ritenzione urinaria, sanguinamenti, ulcerazioni, fistole e molte altre complicazioni. Inevitabilmente, dunque, il piano di cura del dolore e del resto dei sintomi deve essere adattato alle singole esigenze del malato e della famiglia che lo assiste. Tale piano di cura personalizzato prevede l'inserimento di una serie di esperti in varie discipline indispensabili per erogare la migliore qualità di vita e di assistenza.

Il Mmg ha l'obiettivo di offrire il proprio supporto in collaborazione con il team di cure palliative partecipando alla personalizzazione del piano di cura⁵⁴. La precocità dell'avvio delle cure di supporto, e dunque la precoce selezione del paziente al quale suggerire l'utilità, gioca un ruolo nella sopravvivenza e nella qualità di vita⁵⁵.

In questo ambito il Mmg interviene per condividere le problematiche del malato, collaborando strettamente con il team di cure palliative e favorendo un'assistenza domiciliare integrata. La condivisione degli obiettivi e il coordinamento delle attività multidisciplinari (mediche, infermieristiche, sociali, psicologiche, spirituali, ecc) rappresentano l'obiettivo di un gruppo di lavoro multidisciplinare. È esperienza comune osservare che a domicilio, davanti al paziente sofferente, cadono tutte le barriere personali, a difesa della propria specialità o della propria istituzione, e specialisti, Mmg, infermieri e familiari collaborano equamente per raggiungere lo stesso obiettivo: alleviare le sofferenze del malato. Anche in questo frangente la gestione del dolore impone un appropriato utilizzo degli oppioidi e una profonda conoscenza dei meccanismi di azione dei singoli farmaci, delle differenti cinetiche in funzione della via di somministrazione e delle variabili e complesse condizioni cliniche del paziente. L'uso di farmaci analgesici nel paziente in fase avanzata di malattia deve tenere conto di fenomeni farma-



cologici quali la tolleranza, l'iperalgnesia, la variazione del volume di distribuzione (reale o apparente), la riduzione della proteinemia, la variazione di temperatura corporea, dell'emuntorio renale, dello stato di assorbimento delle mucose e di altre variabili che possono rendere necessaria una modifica della terapia analgesica che fino al giorno precedente sembrava corretta.

Naturalmente l'aspetto formativo assume una cruciale rilevanza e non a caso la legge 38/2010 ha indotto una specifica formazione nel campo della terapia del dolore e delle cure palliative in cui è atteso il medico di assistenza primaria. Sempre più il Mmg si organizza in aggregazioni territoriali (UCP, AFT) ed è vicino il giorno in cui le istituzioni offriranno maggiori strumenti di collaborazione e interazione tra ospedale e territorio. Se in ciascuna futura aggregazione territoriale si garantirà la presenza di Mmg con particolare interesse e formazione nella terapia del dolore e nelle cure palliative potremo vantare un altro primato europeo, un territorio senza dolore dove cure primarie e i team di cure palliative rendono disponibili le competenze per una appropriata gestione delle cure di supporto e la palliazione. Le cure palliative e di supporto dovrebbero far parte del curriculum formativo del medico. È auspicabile che i futuri medici ricevano una formazione universitaria che preveda un adeguato insegnamento per la gestione del paziente con dolore in ogni fase della malattia, anche quella terminale. Relativamente al Mmg è auspicabile che nel corso triennale di formazione vengano intensificate la gestione del dolore e delle cure palliative.

► Conclusioni

Evitare che il dolore sia sottovalutato e sottotrattato è un imperativo clinico ed etico e la condivisione multidisciplinare dei percorsi di cura del dolore

permette di evitare tale rischio. Pertanto è indispensabile che nelle aggregazioni funzionali territoriali (UCP o AFT) vengano inseriti progetti mirati alla gestione del paziente con dolore oncologico e non. Nel setting della MG è possibile organizzare la continuità assistenziale che garantisca la prima fase diagnostico-terapeutica, il monitoraggio nel medio-lungo termine, la gestione delle terapie e del counselling al paziente e alla famiglia. Nel recente passato in ambito ospedaliero e territoriale si sono creati compartimenti vincolati ciascuno dalle proprie regole e meccanismi. Oggi la legge 38/2010 suggerisce due importanti innovazioni: la costituzione di reti regionali, ove specialista e Mmg interagiscono, tutti con l'obbligo di riportare sulla cartella clinica la diagnosi, le caratteristiche del dolore, il piano di terapia attuato e il risultato ottenuto. Quest'ultima precisazione, apparentemente superflua rappresenta una chiave di svolta. Infatti, i risultati ottenuti con la terapia non si riferiscono alla sola riduzione del punteggio delle scale di valutazione del dolore, ma vanno interpretati come il complessivo stato di salute del paziente ottenuto con la terapia analgesica. Nei risultati sono pertanto compresi le variazioni di efficacia nel tempo, la comparsa di interazioni farmacologiche, il sopraggiungere di tolleranza ad un certo farmaco, gli effetti sulla qualità di vita in toto e anche il potenziale rischio di uso errato o l'abuso da farmaci. Queste e altre situazioni possono essere prevenute, monitorate e gestite all'interno di percorsi di cura condivisi.

Spesso il dolore affligge pazienti anziani, con patologie multiple o non più autosufficienti che richiedono assistenza continua e che devono essere gestiti dalla medicina del territorio. Viceversa altri casi clinici richiedono interventi mini-invasivi o tecniche ad alta complessità che solo in ambito ospedaliero possono essere assicurati. An-

che da questo punto di vista, la stretta collaborazione e la condivisione dei protocolli di trattamento tra specialista e Mmg risultano fondamentali.

Circa il rischio di abuso da farmaci analgesici, contrariamente a quanto accade in altri Paesi⁵⁶⁻⁵⁷, in Italia si preferisce evitare la facile prescrizione di alte dosi di oppioidi a rilascio controllato, riservandole alle forme di dolore più grave e resistente e dopo titolazione con oppioidi a rilascio immediato, favorendo oppioidi a più bassa dose, combinati con altri principi attivi, che ne limitano il rischio di usi impropri. Infine, contrariamente a quanto hanno fatto altri Paesi⁵⁸ dovremmo condividere l'ideazione e l'attuazione delle campagne di prevenzione del rischio⁵⁹. In definitiva, la gestione del dolore è materia multidisciplinare, dove ricercatori, produttori, medici pratici, pazienti e istituzioni sanitarie (nazionali, regionali e locali) costituiscono un'unica partnership finalizzata a combattere il dolore inutile. Auspichiamo che nell'attuale processo di rinnovamento della medicina primaria si tenga conto dell'importanza del ruolo della lotta contro il dolore e che saranno attuabili progetti qualitativamente misurabili (e premiabili) per la gestione del dolore inutile di ogni età, fase di malattia o disturbo sociale. È anche auspicabile che le istituzioni sanitarie locali, con lungimiranza, stimolino la presenza di un medico di assistenza primaria con particolare interesse alla gestione del dolore in ogni aggregazione funzionale territoriale che verrà autorizzata nell'immediato futuro.

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

* Si ringrazia Anna Ammendolia (mindthesign.com) per la realizzazione grafica e l'assistenza tecnica.

Bibliografia completa disponibile su
www.passonieditore.it

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

La medicina generale italiana è ormai “commissariata”, i PDTA (piani diagnostico terapeutici aziendali), i RAO (raggruppamenti di attesa omogenei), i piani terapeutici, le richieste di esenzione ticket e quant’altro hanno espropriato a questa disciplina competenze, autonomia e dignità. Alla dimissione di un paziente ormai incurabile viene attivata direttamente dal reparto di degenza l’unità di cure palliative, la persona che abbiamo seguito per anni viene affidata automaticamente ad un collega che si farà carico di gestire le ultime fasi della vita del paziente. Ci stanno espropriando anche la morte.

Martedì

Una breve storia in cinque atti capitata in questi giorni:

- 1.** Un signore di cinquantun anni, in buona salute, viene in studio riferendomi di aver male al ginocchio destro. All’esame obiettivo è evidente una borsite sovra-patellare probabile esito di un trauma. Cute rossa, calda e tumefazione della borsa. Spiego al paziente il quadro clinico e lo rassicuro, chiarisco bene che l’articolazione del ginocchio non è e non sarà in alcun modo compromessa. Aspiro 5 cc di liquido, applico un fasciatura compressiva e per sicurezza prescrivo un antibiotico.
- 2.** Al controllo dopo cinque giorni la cute non è più rossa, la tumefazione parzialmente regredita, aspiro 2 cc di liquido sieroso e inietto nella borsa 1 cc di triamcinolone. Rassicuro il paziente e lo informo sulle possibilità di evoluzione della patologia e su tutte le opzioni terapeutiche.
- 3.** Dopo tre giorni il paziente torna in studio, la sintomatologia è notevolmente ridotta, consiglio un ginocchiera e rassicuro di nuovo il signore.
- 4.** Dopo altri tre giorni il paziente ritorna lamentando ancora un certo grado di tensione al ginocchio.

Insiste per una visita specialistica, nonostante le mie rassicurazioni, vuole essere visto da uno specialista: prescrivo una visita ortopedica.

5. Il paziente non prende alcun appuntamento con l’ortopedico e dopo due giorni si reca in Pronto soccorso dove gli viene diagnosticata una borsite patellare e viene inviato per consulenza in visita ortopedica. L’ortopedico pone diagnosi di borsite sovra-patellare, riprescrive un antibiotico e dopo aver applicata una fasciatura compressiva, prescrive una visita di controllo a distanza di otto giorni.

I cinque atti di questa breve storia, non ancora finita, possono fornirci alcune informazioni sui pazienti, sulla Medicina Generale e sull’organizzazione delle cure in generale. La somma di queste informazioni delinea un quadro che ci illustra perfettamente la differenza tra la Medicina Generale odierna e quella di un passato non molto lontano e la differenza tra la Medicina Generale italiana e quella degli altri Paesi europei. La nostra storia inizia con il paziente che si rivolge al Mmg per un problema al ginocchio, ma l’impressione che ha il medico è che il paziente desideri fin da subito un esame diagnostico (risonanza magnetica) e che non si fidi della diagnosi di borsite. Questa percezione non l’avrebbe di sicuro alcun medico olandese o tedesco né avrebbe avuto questa percezione alcun medico italiano, in un qualsiasi ambulatorio, prima dell’introduzione del Sistema sanitario nazionale. L’ansia e la mancanza di fiducia sono evidenti considerata la frequenza con cui il paziente torna in studio e la scarsa considerazione del medico di medicina generale (medico di base) traspare dalla insistente richiesta di visita specialistica. Il paziente esige una conferma specialistica e, nonostante la sintomatologia sia in regressione, non è disposto ad attendere qualche giorno per il consulto. Si reca al Pronto soccorso sapendo benissimo che sarà inviato in consulenza e che il suo ginocchio sarà sottoposto ad accertamenti radiolo-

gici. Il medico di Pronto soccorso avrebbe avuto tre possibilità di comportamento: rispettare il paziente dal curante, confermare la diagnosi e instaurare un trattamento, inviare il paziente dall'ortopedico. Ha scelto la terza possibilità confermando le aspettative del paziente. Il collega ortopedico ha naturalmente confermato la diagnosi, ma ha avviato una presa in carico specialistica di una patologia che con molte probabilità si risolverà con una fasciatura contenitiva. Sono stati coinvolti tre medici per una diagnosi di borsite, il paziente ha avuto accesso a sei consultazioni mediche e ne è stata programmata una settimana. Che conclusioni possiamo trarre da questa breve storia?

- La considerazione della Medicina Generale da parte dei pazienti è molto modesta.
- I pazienti non sono disposti ad attendere: vogliono diagnosi, terapia e guarigione in tempi brevissimi.
- I pazienti considerano come curante lo specialista.
- Il medico di Pronto soccorso non considera il medico di famiglia.
- Il Pronto soccorso viene considerato un ambulatorio di primo livello.
- Il Pronto soccorso viene considerato come la via per accedere con facilità alla specialistica.
- Il medico di Pronto soccorso non si fa carico di molte patologie e invia il paziente in consulenza.
- Lo specialista non considera il medico di famiglia.
- Il tempo impiegato dai professionisti e i costi sono sproporzionati considerata la patologia.

C'è qualcosa che non funziona nel sistema, la sua l'efficacia non può essere recuperata se non attraverso il recupero della fiducia nella Medicina Generale. Tale recupero non può prescindere da una adeguata formazione dei medici di famiglia e dalla collocazione nel mondo accademico di questa disciplina qualunque sia il sistema organizzativo in cui si trovi ad operare.

Mercoledì

E-mail appena ricevuta: "Buon giorno Dott. Maso, sono CS, Le chiedo di preparare una impegnativa, per analisi del sangue complete, con particolare attenzione ai valori riguardanti il diabete (glicemia, eccetera) e in aggiunta il controllo PSA visto l'età. La informo di non aver alcun disturbo o problemi di alcun tipo, il tutto in via precauzionale e di control-

lo. Mio malgrado Le faccio presente una problematica di diabete (non chiara) da parte di mia mamma, e primi sintomi in fase di attento controllo di mio fratello G. Le ricordo inoltre la prematura scomparsa di mio papà per motivi cardiaci. Attendo Suo riscontro per il ritiro della stessa.

Cordiali saluti".

Dopo decenni di professione dovrei prescrivere degli esami su richiesta di un paziente (titolo di studio media inferiore) che attende un mio riscontro.

Giovedì

È strana la storia di questi due anziani, hanno sposato due sorelle, costretti a frequentarsi, non si tolleravano. Quando uno veniva in ambulatorio mi parlava male dell'altro e viceversa. La settimana scorsa uno dei due è deceduto, oggi l'altro è venuto a piangere nel mio studio.

Venerdì

► Sono stato a casa di una signora che sta soffrendo a causa delle metastasi ossee di un tumore della mammella in fase avanzata. In questi casi tutto quello che posso fare è instaurare una terapia in modo che la paziente non abbia dolori. La signora ha una settantina d'anni, un viso scavato, è a letto e ha difficoltà a muoversi. Ho guardato la foto di una giovane donna posta sopra il comò: "Vede quanto ero bella dottore?! Era poco tempo fa".

► Pensionata, educata e dignitosa, mi chiede se le posso prescrivere un lassativo a carico del Sistema sanitario per la sua stitichezza cronica. Glielo prescrivo, lei mi ringrazia e si commuove, gli occhi diventano lucidi. "Grazie dottore, pensavo di dover continuare a pagarmelo, ma faccio fatica veramente ad arrivare a fine mese". Se ne va continuando a ringraziare.

Sabato

Il reparto di ginecologia del locale ospedale pubblica "La giornata della visita ginecologica gratuita". Si pubblicizza un prodotto, si cerca di superare la concorrenza (gli altri reparti dello stesso Sistema sanitario), si induce la domanda, si ignorano le cure primarie, insomma si alimenta la fabbrica della visita specialistica.

“Mummificata” da una diagnosi sbagliata di demenza degenerativa

Non si trattava di una demenza degenerativa, ma dell'esito di danno cerebrale da verosimile arresto cardiaco transitorio a seguito di un intervento per un'ernia discale lombare. Sottoposta a terapie scorrette, per ben cinque anni Lina è vissuta quasi “mummificata”, sino a quando con paziente “trattativa” con i farmaci è ritornata alla quasi normalità

Ferdinando Schiavo
Neurologo, Udine

Lina era arrivata da me da una Regione vicina, attraverso un giro di conoscenze. L'ultima spiaggia, avevano detto i familiari.

Quel giorno si era presentata, anzi, era stata portata quasi di forza dai suoi tre figli e dal marito che avevano invaso l'ambulatorio fisicamente ma anche con la loro prolungata storia angosciante. Una “povera mummia” di 56 anni che non riusciva a rispondere se non a poche domande chiare, facili e concise. Ingobbita, si muoveva lentissima a passi piccoli, trascinando i piedi, con le faticose movenze di una parkinsoniana vera, grave e senza terapia da giorni.

Qual era la sua storia?

► La storia clinica di Lina

Quasi cinque anni prima era stata operata per un'ernia discale lombare.

Finito l'intervento, a causa di uno stato confusionale post-anestesia cui in breve tempo si erano aggiunte anomalie comportamentali, era stata sottoposta a terapia con psicofarmaci: con antipsicotici, prima un classico tra quelli “vecchi”, l'aloiperidolo e successivamente a dosi crescenti con un antipsicotico “nuovo” o atipico, l'olanzapina, su su fino a 15 mg al giorno, abbinato a terapia ansiolitica, una classica benzodiazepina e a un antiepilettico,

l'acido valproico.

Era stata dimessa con diagnosi di sospetta demenza fronto-temporale, una demenza che colpisce in preferenza soggetti di 50-60 anni e con una prevalente sintomatologia psichiatrica, comportamentale.

Ma una demenza di questo tipo non esordisce in genere così, acutamente, a meno che non sia “altro”, pensai.

Con l'andare delle settimane la donna era apparsa ancora confusa ma più calma. Forse anche troppo; sembrava spegnersi nella mente e nel corpo, ingessata la mimica, rallentati i propri movimenti spontanei e andando avanti nelle settimane anche quelli volontari. In questo stato aveva sopravvissuto per quasi cinque inesorabili anni, fino a quel giorno.

- Ma quando vi hanno chiamato, al risveglio dall'anestesia, la signora era lucida, era pallida, sudata?... e poi: dopo quanto tempo dall'ingresso in sala operatoria vi hanno chiamati? chiesi da solito rompiscatole.

- Adesso che ci fa riflettere, risposero guardandosi l'un l'altro, troppe ore: dalla mattina ci hanno permesso di vederla alle cinque del pomeriggio; ci dicevano che era andato tutto bene, avevano problemi tecnici... ed era pallida come uno straccio.

Non fui capace di reprimere i miei sospetti. Lina faceva uso

continuativo da almeno dieci anni di un antiaritmico cardiaco, flecainide, che a volte, come tanti antiaritmici, può creare anomalie del ritmo cardiaco...

- Potrebbe trattarsi di un fatto acuto, magari di un arresto cardiaco transitorio ma serio per il danno cerebrale conseguente. Provate a chiedere, anche se sono passati quasi cinque anni, fatevi dare una copia della cartella clinica; insomma, cercate di capire cosa sia accaduto in tutte quelle ore! Intanto, vi preparo uno schema di riduzione progressiva dell'antiepilettico, della benzodiazepina e dell'olanzapina; le darò intanto un altro psicofarmaco, la quetiapina a bassissime dosi.

► Primi miglioramenti

Un mese dopo, i cinque erano tornati: l'indagine sui fatti di quel giorno non aveva portato a nessuna verità, però.... Lina era serena e già meno rallentata! Poteva persino collaborare a un primo spezzone di test, il "Mini Mental".

L'inizio era incoraggiante e spingeva a continuare per quella strada.

Un altro mese ancora, con soli 100 mg di quetiapina, l'acido valproico e la terapia cardiologica, il mezzo miracolo continuava a progredire e ci dava la speranza di potersi completare. Consigliai di ridurre lentamente anche l'acido valproico fino a sospenderlo. E nei sei-otto mesi successivi il miracolo avvenne, tanto da convincermi a sospendere lentamente anche la quetiapina.

Le valutazioni neuropsicologiche estensive eseguite in quei mesi

e poi le ultime due, circa un anno e due anni dopo, concludevano per un recupero globale, a parte lievi deficit esecutivi "frontali" che non compromettevano le sue ritrovate capacità funzionali. Rimaneva, implacabile, un "buco di memoria" autobiografica della durata di quasi cinque anni.

► Considerazioni

Quegli amari "quasi cinque anni" di terapia sconsiderata e mummificante, senza che a nessuno dei diversi colleghi che negli anni l'avevano seguita passasse per la mente l'idea di modificarla, di ridurla, di ripensare alla dinamica dei fatti accaduti! Nessuna curiosità clinica dai risvolti umani, nessun vento di solidale coraggio che permettesse di covare altri sospetti, di tentare altre strade.

Dopo un anno dal nostro primo incontro Lina era tornata alla vita come una donna qualunque, una normale moglie e mamma. Essendo (tornata) spiritosa, mi sono spinto a consigliarle una visita al Museo Egizio di Torino. Mi ha risposto con una fragorosa risata. L'ho riconosciuta proprio da quel suo suono che era venuto dal cuore, mescolato alle mie emozioni provate in quei mesi, malgrado che da allora non l'avevo più rivista. Erano passati nove anni.

Le conclusioni? Non si trattava di una demenza degenerativa ma di probabilissimo esito di danno cerebrale da verosimile arresto cardiaco transitorio. Lo dimostrava il miglioramento progressivo e la stabilità (quasi normalità) conquistata in mesi di paziente "trattati-



va" con i farmaci, e la riduzione del quadro lesionale agli esami di neuroimmagine funzionale (PET). Un controllo PET cerebrale aveva evidenziato, infatti, confrontato in qualche modo con la SPECT precedente eseguita in fase acuta, una netta riduzione dell'alterato metabolismo fronto-temporale. Non era una demenza, certamente!

► Conclusioni

Che considerazioni conclusive merita un furto di vita durato quasi cinque anni? Tralascio quelle etiche. Oltre all'aloperidolo iniziale, sia l'acido valproico che l'olanzapina ad alte dosi, se utilizzate per lungo tempo (variabile da individuo a individuo) possono creare parkinsonismo e alterazioni cognitive; le benzodiazepine concorrono ad incrementare queste ultime.

*Caso clinico liberamente tratto da: Schiavo F.
"Malati per forza: gli anziani fragili, il medico e gli eventi avversi neurologici da farmaci",
Maggioli Ed. 2014
e pubblicato
in www.perlungavita.it*

Nuove evidenze sulla combinazione fissa enalapril-lercanidipina

Riunendo due meccanismi di azione distinti e complementari, la combinazione lercanidipina/enalapril riduce la pressione arteriosa in modo più efficace, migliora la compliance e garantisce una maggiore protezione d'organo micro e macrovascolare

Carolina De Ciuceis

Clinica Medica - Università degli Studi di Brescia - ASST Spedali Civili di Brescia

► Introduzione

L'ipertensione arteriosa è un'importante causa di coronaropatia, scompenso cardiaco, ictus, insufficienza renale e arteriopatia periferica⁽¹⁾ e rappresenta uno dei principali problemi di sanità pubblica

nei Paesi sviluppati. Il suo trattamento riduce le complicanze d'organo fino al 50% e la mortalità globale del 10%⁽²⁾.

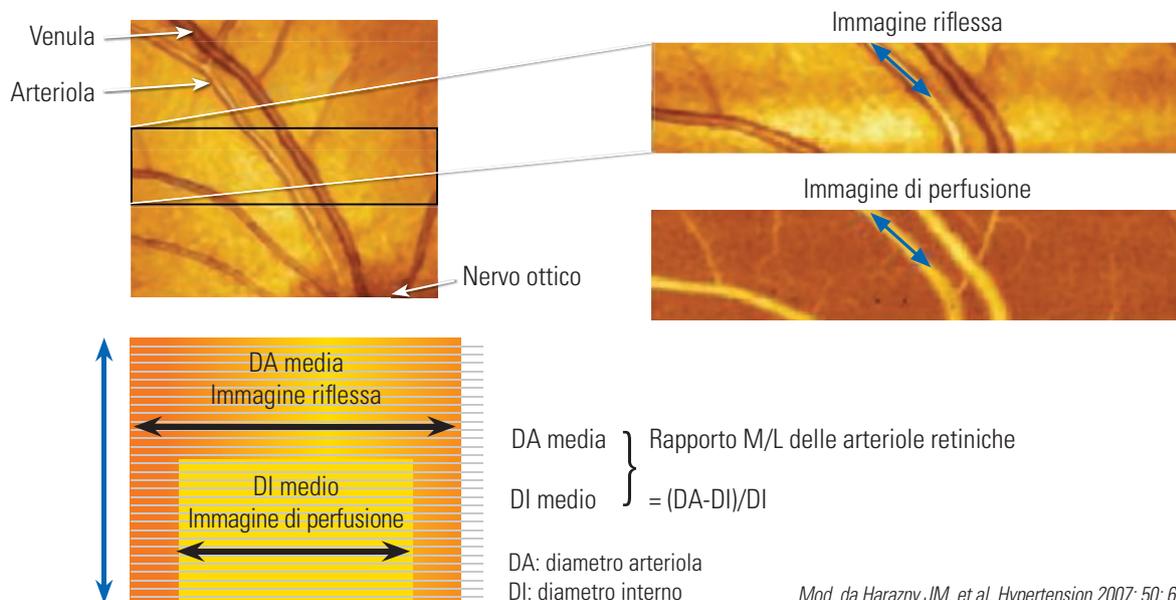
Nonostante numerosi farmaci disponibili, il controllo pressorio nella popolazione è inadeguato: in Italia è raggiunto solo nel 34% dei pa-

zienti, di cui un 50% rimane nel range normale-alto⁽³⁾. Pertanto, le linee guida raccomandano l'uso di terapia di combinazione anche come prima linea.

Tra le varie associazioni, quella tra calcio-antagonisti e ACE-inibitori, grazie al loro meccanismo d'azio-

Figura 1

Determinazione rapporto M/L arteriole retiniche



ne, riduce lo sviluppo del danno ipertensivo e migliora la prognosi cardiovascolare^(4,5).

► **Danno d'organo:
focus sul microcircolo**

Caratteristica dell'ipertensione è l'incremento delle resistenze periferiche date soprattutto dal microcircolo, costituito da piccole arterie di resistenza (diametro 100-300 µm), arteriole (<100 µm) e capillari (7 µm)⁽⁶⁾. In pazienti ipertesi si osservano alterazioni strutturali del microcircolo, quali un incrementato rapporto tonaca media/lume delle piccole arterie sottocutanee (M/L)^(7,8) e rarefazione capillare⁽⁹⁾. L'aumentato M/L sembra essere la più precoce e frequente forma di danno nell'ipertensione⁽¹⁰⁾. Tuttavia, una sua valutazione affidabile nell'uomo richiede un approccio invasivo essendo i vasi dissezionati da biopsie

del sottocute e studiati su microangiografo^(7,8). La flussimetria laser doppler (*figura 1*) è una nuova tecnica non invasiva per valutare la struttura arteriolare retinica⁽¹¹⁾ ugualmente informativa rispetto all'approccio invasivo⁽¹²⁾ e quindi applicabile nella pratica clinica.

► **Significato
delle alterazioni strutturali
nell'ipertensione arteriosa**

La relazione fra struttura microvascolare e danno d'organo nell'ipertensione è assodata. In pazienti ipertesi un aumentato M/L correla direttamente con la massa ventricolare sinistra⁽¹³⁾ nonché con la riduzione della riserva di flusso coronarico⁽¹⁴⁾. Pertanto, alterazioni strutturali delle piccole arterie possono essere presenti simultaneamente anche in distretti di maggior rilevanza clinico-prognostica come quello co-

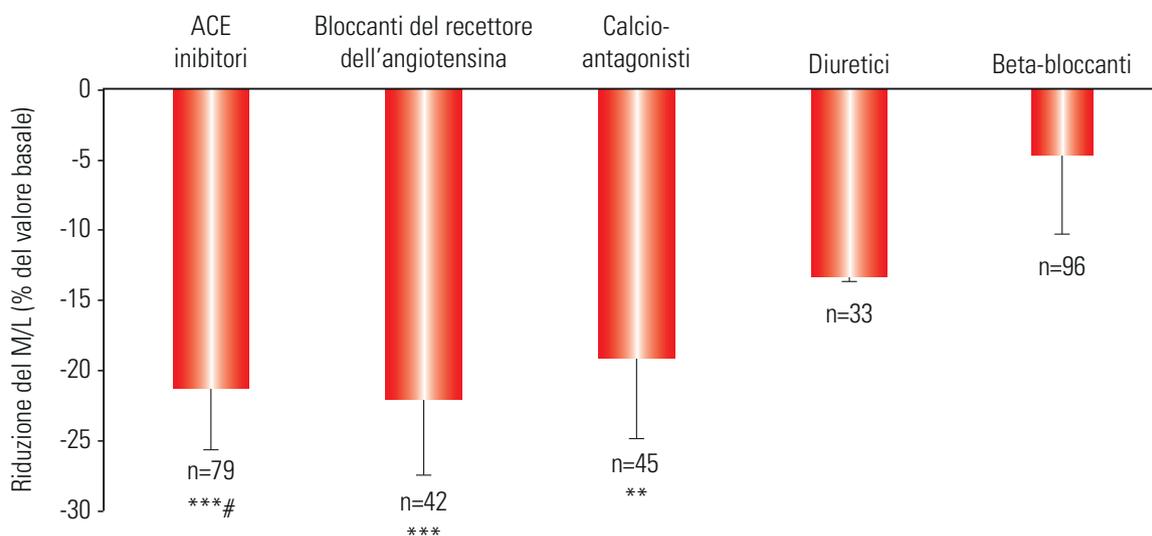
ronarico o cerebrale. M/L si associa anche ad una maggior rigidità delle grandi arterie e aumento della pressione sistolica centrale aumentando l'ampiezza dell'onda riflessa⁽¹⁵⁾ che ha significato prognostico⁽¹⁶⁾. L'aumento del M/L è infine un potente predittore di eventi cardiovascolari,⁽¹⁷⁾ rappresentando quindi un bersaglio terapeutico rilevante.

► **Effetto della terapia antipertensiva
sulle alterazioni strutturali**

Mediante tecnica micromiografica, si è osservato in pazienti ipertesi^(7,18) una riduzione/normalizzazione del M/L con calcio-antagonisti diidropiridinici, ACE-inibitori e bloccanti selettivi dei recettori dell'angiotensina, mentre diuretici e beta-bloccanti sono inefficaci malgrado una simile efficacia antipertensiva (*figura 2*).

Figura 2

Effetto dei farmaci antipertensivi sul rapporto M/L delle piccole arterie



p<0.01, *p<0.001 vs beta-bloccanti; #p<0.05 vs diuretici

Agabiti-Rosei E, et al. J Hypertens 2009; 27: 1107-14

Infatti, calcio-antagonisti diidropiridinici⁽¹⁹⁻²¹⁾ e bloccanti del sistema renina-angiotensina⁽²²⁾ riducono stress ossidativo e infiammazione migliorando la funzione endoteliale e la struttura vascolare^(20,23,24). Viceversa, diuretici tiazidici inducono stress ossidativo⁽²⁵⁾, già aumentato nell'ipertensione ed implicato nello sviluppo di alterazioni strutturali micro e macrovascolari⁽²⁶⁾.

► Focus su lercanidipina in monoterapia o in associazione a enalapril

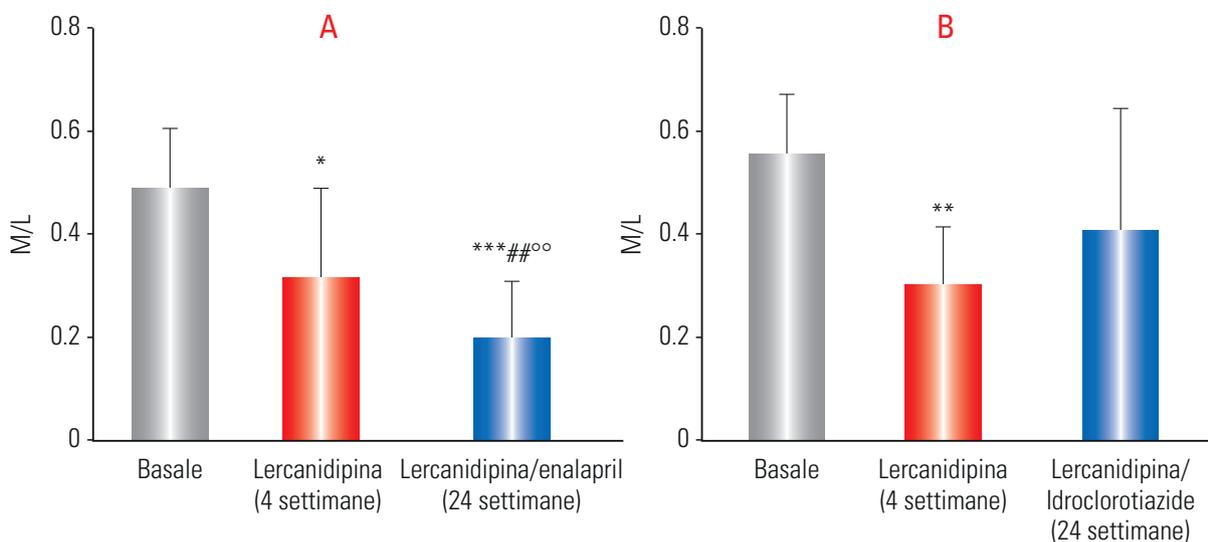
La lercanidipina è un calcio-antagonista diidropiridinico di lunga durata d'azione, con profilo di tollerabilità favorevole⁽²⁷⁾, effetti antiossidanti^(20,21) e di protezione d'organo^(28,29). Essa è ampiamente impiegata da

sola o in combinazione con l'ACE-inibitore enalapril. La combinazione lercanidipina-enalapril riduce efficacemente la pressione nella pratica clinica⁽³⁰⁾. Tale combinazione può migliorare end-point surrogati come pressione differenziale, variabilità pressoria e microalbuminuria⁽³¹⁾. Il suo effetto anti-proteinurico sembra essere dose-dipendente e in proporzione superiore alla riduzione pressoria⁽³²⁾. La combinazione lercanidipina-enalapril è inoltre priva di attivazione riflessa del sistema nervoso simpatico⁽³³⁾ implicato nel danno cardiovascolare⁽³⁴⁾. A livello microvascolare, un trattamento a breve termine con lercanidipina⁽³⁵⁾ induce una riduzione del rapporto parete/lume delle arteriole retiniche nonché della pressione sistolica centrale (*figure 3 e 4*). Dopo 4 settimane di lercanidipi-

na, l'associazione con enalapril, rispetto a quella con idroclorotiazide, determina, a parità di riduzione pressoria, un ulteriore miglioramento della struttura arteriolare retinica e della pressione centrale e differenziale nonché aumento della densità capillare totale⁽³⁵⁾. La combinazione di lercanidipina/enalapril è ben tollerata anche a dosaggio massimo, riduce gli eventi avversi (quali l'edema periferico) migliorando l'aderenza alla terapia^(30,36). Pertanto, riunendo due meccanismi distinti e complementari di azione, la combinazione lercanidipina/enalapril riduce la pressione arteriosa in modo più efficace, migliora la compliance e garantisce una maggiore protezione d'organo micro e macrovascolare consentendo in prospettiva una riduzione dei costi legati all'ipertensione.

Figura 3

Effetto di lercanidipina/enalapril (A) o lercanidipina/idroclorotiazide (B) sul rapporto parete/lume delle arteriole retiniche

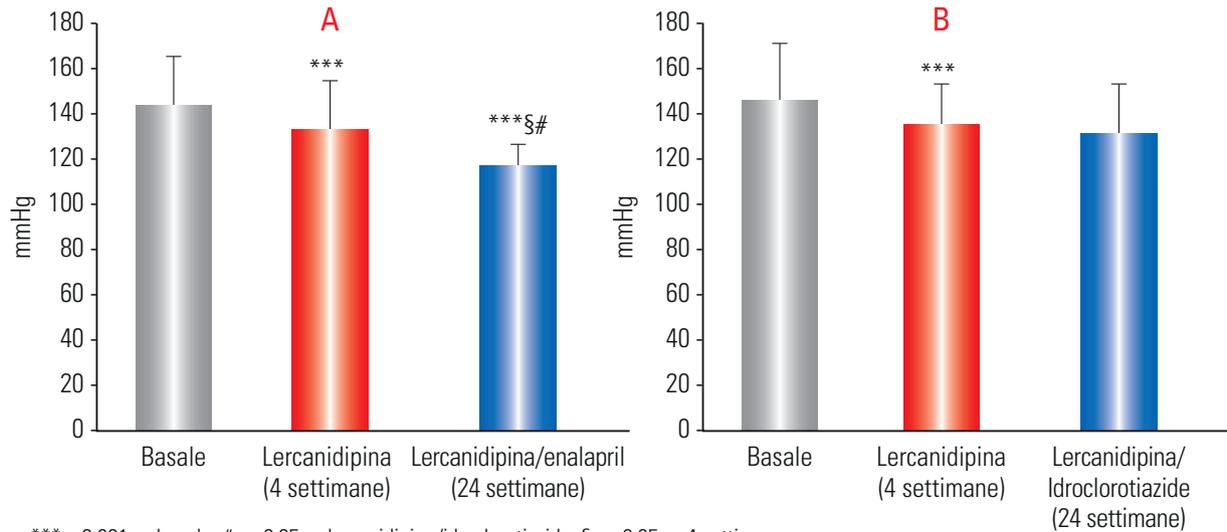


*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001 vs basale; ##p<0.01 vs lercanidipina in monoterapia (4 settimane); °° p<0.01 vs lercanidipina/idroclorotiazide

De Ciuceis C, et al. J Hypertens 2014; 32: 565-74

Figura 4

Effetto di lercanidipina/enalapril (A) o lercanidipina/idroclorotiazide (B) sulla pressione sistolica centrale



***p<0.001 vs basale; #=p<0.05 vs lercanidipina/idroclorotiazide; \$=p<0.05 vs 4 settimane

De Ciuceis C, et al. *J Hypertens* 2014; 32: 565-74

Bibliografia

1. Lewington S et al. *Lancet* 2002; 360: 1903-13.
2. Psaty BM, et al. *JAMA* 2003; 289: 2534-44.
3. Tocci G, et al. *J Hum Hypertens* 2015; 29: 696-7.
4. Dahlöf B, et al. *Lancet* 2005; 366: 895-906.
5. Jamerson K, et al. *N Engl J Med* 2008; 359: 2417-28.
6. Mulvany MJ, Aalkjaer C. *Physiol Rev* 1990; 70: 921-71.
7. Schiffrin EL. *Am J Hypertens* 2004; 17 (12 Pt 1): 1192-200.
8. Rizzoni D, et al. *Hypertension* 1996; 28: 785-90.
9. Antonios TF, et al. *Hypertension* 1999; 33: 998-1001.
10. Park JB, Schiffrin EL. *J Hypertens* 2001; 19: 921-93.
11. Harazny JM, et al. *Hypertension* 2007; 50: 623-829.
12. Rizzoni D et al. *J Hypertens* 2012; 30: 1169-75.
13. Muiesan ML, et al. *J Hypertens* 2002; 20: 1439-44.
14. Rizzoni D, et al. *J Hypertens* 2003; 21: 625-32.
15. Muiesan ML, et al. *Hypertension* 2013; 61: 130-6.
16. Laurent S, et al. *Hypertension* 2001; 37: 1236-41.
17. Rizzoni, et al. *Circulation* 2003; 108: 2230-5.
18. Agabiti-Rosei E, et al. *J Hypertens* 2009; 27: 1107-14.
19. Ganafa AA, et al. *Am J Hypertens* 2004; 17: 743-8.
20. Taddei S, et al. *Hypertension* 2001; 37: 943-8.
21. Incandela L, et al. *Int Angiol* 2001; 20: 136-40.
22. Savoia C, Schiffrin EL. *Clin Sci (Lond)* 2007; 112: 375-84.
23. Schiffrin EL, Deng LY. *J Hypertens* 1996; 14: 1237-44.
24. Debbabi H, et al. *Am J Hypertens* 2006; 19: 477-83.
25. Zhou MS, et al. *J Hypertens* 2008; 26: 494-500.
26. Touyz RM, Schiffrin EL. *Antioxid Redox Signal* 2008; 10: 1041-4.
27. Bang LM, et al. *Drugs* 2003; 63: 2449-72.
28. Dalla Vestra M, et al. *Diab Nutr Metab* 2004; 17: 259-66.
29. Grassi G, et al. *Blood Press* 2006; 15: 268-74.
30. Mancia G, et al. *J Hypertension* 2014; 32: 1700-7.
31. Scholze J, et al. *Exp Opin Pharmacother* 2011; 12: 2771-9.
32. Robles NR, et al. *Ren Fail* 2010; 32: 192-7.
33. Grassi G, et al. *Hypertension* 2003; 41: 558-62.
34. Mancia G, Grassi G. *Handb Clin Neurol* 2013; 117: 329-35.
35. De Ciuceis C, et al. *J Hypertens* 2014; 32: 565-74.
36. Menne JI, Haller H. *Drugs Today* 2008; 44: 261-70.

La coppia infertile e il medico di famiglia

Data l'eziopatogenesi variegata, il primo approccio di una coppia con difficoltà al concepimento dovrebbe essere di tipo ambulatoriale con un ruolo fondamentale, in questo primo screening, del Mmg. È quanto emerso dal convegno "Infertilità: determinanti ambientali, stili di vita e problematiche cliniche" svoltosi a Verona

“Come Mmg sono molto preoccupata per i dati drammatici del recente rapporto dell'ISS sulla denatalità in Italia. Dati confermati dalla realtà nel mio ambulatorio, perché sempre più spesso arrivano coppie alla ricerca di un consiglio, di un orientamento o coppie che già hanno iniziato un percorso autonomamente, spesso ricco di ostacoli e di delusioni, magari dopo aver consultato Internet e gli innumerevoli siti web, ma anche coppie che vengono già con la lista dei costosi farmaci da prescrivere perché arrivati 'all'ultima spiaggia'". L'affermazione è di **Anna Rosa Marchetti**, Mmg di Verona e organizzatrice, tra gli altri, del Convegno "Infertilità: determinanti ambientali, stili di vita e problematiche cliniche" (Verona, 11 maggio 2016).

L'infertilità, intesa come incapacità di una coppia di concepire dopo un anno di rapporti non protetti, è un problema che affligge più di 180 milioni di persone nel mondo e che nelle società occidentali sta mostrando una drammatica accelerazione.

"Stimolati dai dati epidemiologici e dal Piano nazionale per la Fertilità del 2015 del ministro della Salute Lorenzin, che prevede attività formative/informative multilivello (cittadini, Mmg, specialisti, medici in formazione, ecc) il 'Gruppo per lo studio e la promozione della salute individuale e collettiva negli ambienti di vita e lavoro' attivo presso l'Ordine dei Medici di Verona

ha organizzato l'evento scientifico. Grazie alla collaborazione dell'Università di Verona e dell'AO, è stato coinvolto un eccellente gruppo di esperti" - evidenzia Marchetti. Il gruppo, attivo dal 2013, aveva già affrontato il tema dell'Inquinamento dell'aria e dell'acqua e le ricadute sulla salute pubblica. "Come gruppo di lavoro, non ci siamo limitati a trattare il problema da un punto di vista specialistico ginecologico o andrologico (la PMA è un punto di arrivo di un percorso, non di partenza), ma di allargare il campo allo studio dei determinanti della infertilità legati all'ambiente in cui viviamo e al luogo di lavoro (rispettando in questo il mandato ideale del nostro gruppo) per cui ampio spazio è dato ai colleghi epidemiologi, igienisti e della medicina del lavoro".

È ben noto che l'eziopatogenesi dell'infertilità è multifattoriale, con associazione di fattori genetici, ambientali, dietetico-comportamentali e lavorativi. I fattori legati alla presenza di inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro, senza dimenticare le radiazioni mediche, sono sempre più spesso chiamati in causa quali responsabili di una quota non trascurabile di casi di infertilità non altrimenti spiegabili.

► Ruolo del Mmg

"Spiace leggere che secondo alcune ricerche, solo una minima parte delle coppie (meno del 4%) si rivolge in

primis al medico curate, ma vien sorpassato dal ricorso diretto allo specialista e tutti e due ancor di più sorpassati da 'Google' - continua AR Marchetti. Il primo approccio di una coppia con difficoltà al concepimento dovrebbe essere di tipo ambulatoriale con un ruolo fondamentale, in questo primo screening, del Mmg. Dovremmo riappropriarci di questo ruolo, ma anche di quello di supervisori del percorso della coppia. Dovremmo tenere alta l'attenzione nei riguardi dei nostri pazienti, per esempio ricercando sistematicamente il varicocele nei giovani o ancora attraverso il counselling personalizzato rivolto alla prevenzione di fattori di rischio noti, anche in un'ottica di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Auspico che si riesca a realizzare un'utile sintesi delle buone pratiche cliniche - utili e scientificamente provate - per tutelare la fertilità a partire dai più giovani e per inviare ai centri di primo o secondo livello le coppie con una preventiva valutazione anamnestica, clinica e laboratoristica già orientativa" - conclude AR Marchetti.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Anna Rosa Marchetti