

M.D.

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

Anno XXIV, numero 4 - maggio 2017

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Dal 2021 spariranno i Mmg.
Proposte e possibili soluzioni**

PROSPETTIVE

12

**Infermieri, algoritmi
e robot al posto dei medici**

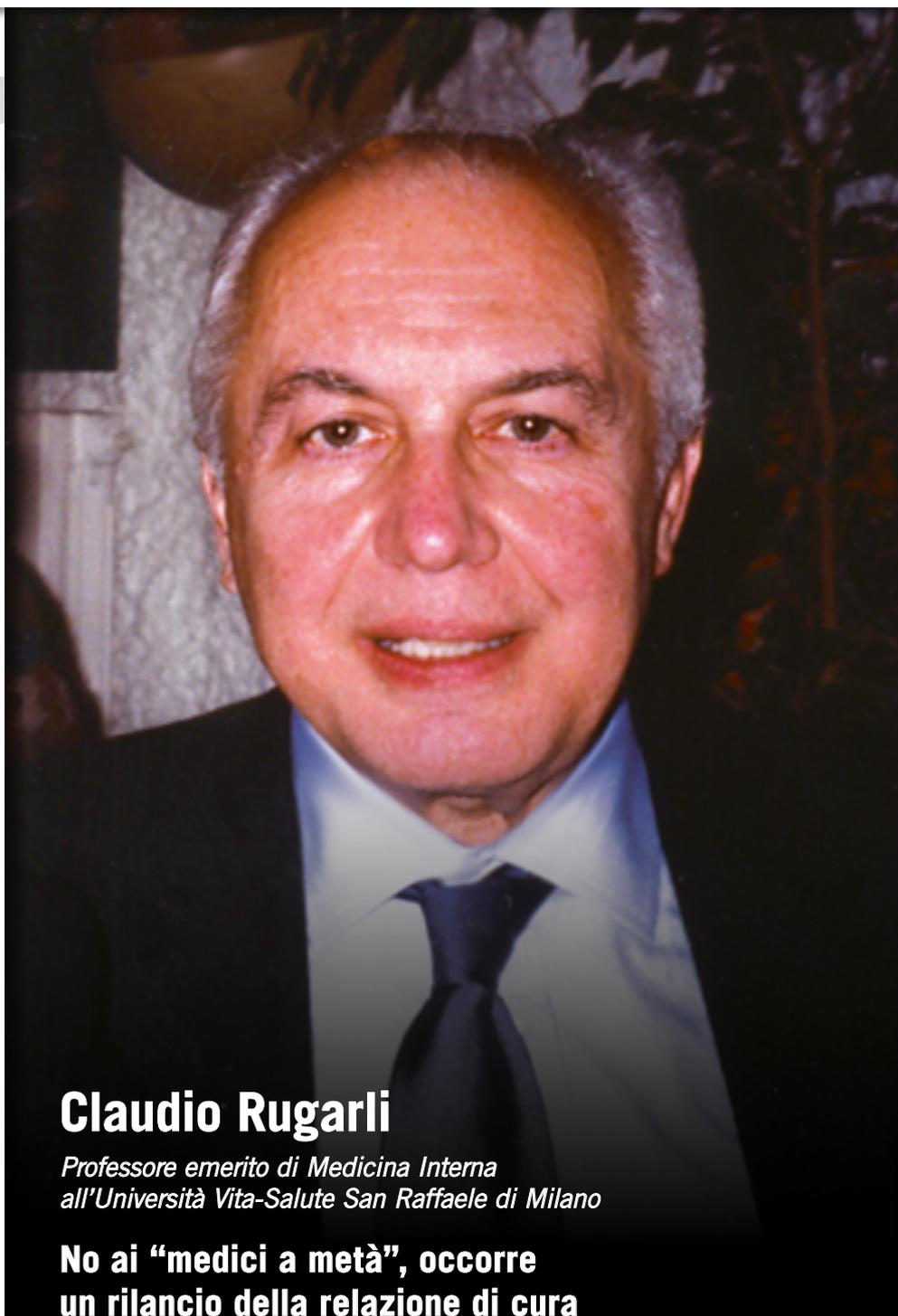
RASSEGNA

42

**Complessità clinica
delle demenze, in particolare
della demenza a corpi di Lewy**



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



Claudio Rugarli

*Professore emerito di Medicina Interna
all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano*

**No ai "medici a metà", occorre
un rilancio della relazione di cura**



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**
No ai “medici a metà”, occorre un rilancio della relazione di cura 5
- **Focus on**
Dal 2021 spariranno i medici delle cure primarie 6
- **Professione**
I medici di famiglia investono sempre di più nel digitale 8
- **Riflettori**
Il rapporto fiduciario va in soffitta 10
- **Prospettive**
Infermieri, algoritmi e robot al posto dei medici 12
- **Contrappunto**
Da universalistico a mutualistico, la mutazione genetica del nostro Ssn 14
- **Ricerche**
Cosa pensano i medici e gli infermieri coinvolti nell'ADI 17
- **Tribuna**
Sviluppo della medicina territoriale, un'occasione mancata 22
- **Italia sanità**
Va veloce la riforma lombarda per le cronicità 24

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Nuova strategia terapeutica per lo scompenso cardiaco 30
- **Dermatologia**
Stagione estiva e psoriasi: consigli comportamentali 31
- **Diabetologia**
Trattamento dell'iperglicemia nell'anziano diabetico 32
- **Endocrinologia**
Elementi di buona pratica clinica nell'ipovitaminosi D 33
- **Gastroenterologia**
Relazione tra microbiota e steatosi epatica non alcolica 34
- **Immunologia**
Recenti acquisizioni sulla sindrome da fatica cronica 35
- **Tossicologia**
Nessun allarmismo, ma attenzione al morso del “ragno violino” 36
- **Malattie rare**
Ipertensione arteriosa polmonare e difficoltà diagnostiche 37

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
Complessità clinica della demenza a corpi di Lewy 42
- **Clinica**
Ruolo attivo del medico di famiglia nella diagnosi di bronchiectasie 48
- **Dibattito clinico**
Dieta “low FODMAP”: non è tutto oro quello che luccica 52
- **Prevenzione**
Rischio tossicologico del tatuaggio 54
- **Counselling**
 - Globalizzazione e rapporto medico-paziente 56
 - Il rapporto tra compassione e burnout 57
- **Osservatorio**
Alcol: i giovani sono i più vulnerabili 62

No ai “medici a metà”, occorre un rilancio della relazione di cura

La medicina è relazione di cura. Oggi i medici di famiglia sono disorientati, intorno alla medicina prevale un discorso tecnologico che prevarica gli aspetti relazionali. E, cosa più grave, questo smarrimento deriva da un’illusione: che la strumentazione a disposizione del medico risolva tutti i problemi clinici”. Così **Claudio Rugarli**, professore emerito di Medicina Interna all’Università Vita-Salute San Raffaele di Milano e autore del recente volume *Medici a metà*, disegna i tratti di una professione alle prese con un falso mito. “In questo libro sottolineo come gli strumenti a disposizione di un medico, grazie allo sviluppo tecnologico, siano moltissimi e si possano eseguire decine di indagini strumentali; tuttavia, non possiamo sommare gli esami nella speranza che salti fuori il risultato che illumina la diagnosi. Il medico deve muoversi in un orizzonte di ipotesi scientificamente valide e non perdere mai il contatto col paziente. Logica e immaginazione sono due componenti fondanti la professione medica”.

Le note amare nelle parole di Rugarli rilevano una rinuncia - “non di categoria ma comunque diffusa” - dei medici a un approccio clinico rigoroso: “i colleghi si gettano tra le braccia della tecnica. Ma è possibile un uso intelligente della tecnologia col quale si può favorire il metodo clinico che non è, e non dovrà mai essere, un “di più” della pratica medica”. Rugarli preannuncia, e ancor più auspica, una risurrezione della clinica, proprio grazie alle tecnologie.

“Il problema è la scarsa consapevolezza di cosa sia la malattia: e mi permetto di dirlo proprio ai medici. Negli ultimi anni ho registrato la perdita della risposta a una domanda fondamentale: che cos’è la malattia? Se la intendiamo come qualcosa in sé, il ruolo del medico non è altro che quello di eseguire esami strumentali per diagnosticare e iniziare una terapia. Ma la malattia non esiste in sé: c’è sempre una persona malata. La questione dei medici a metà è questa: non soffermarsi sulla malattia indipendentemente dalla persona malata; questo, per il medico di famiglia, vale più che per lo specialista”.

(S.M.)



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

Dal 2021 spariranno i medici delle cure primarie

L'allarme lanciato qualche anno fa sulla futura carenza dei medici di medicina generale sta diventando sempre più realtà. Da Nord a Sud si susseguono le notizie di una continua emergenza: non ci sono sostituti per i medici delle cure primarie che vanno in pensione. Dal 2021 non ci saranno più medici, né per la Continuità Assistenziale né per la Medicina Generale. A confermare questo dato Filippo Anelli, Vicesegretario nazionale Fimmg e segretario regionale Fimmg Puglia in una intervista rilasciata a M.D.

Simone Matrisciano

In pochi anni ci ritroveremo con 16.115 medici di medicina generale in meno e, di conseguenza, 19.338.000 pazienti senza medico di famiglia: una situazione apocalittica che ha portato ad affermare che sul territorio alla fine resteranno solo i pazienti. Questo è quanto ha sottolineato la Fimmg nello scorso Congresso nazionale svoltosi a ottobre 2016 nella provincia di Cagliari. Sono passati solo sette mesi e la carenza dei medici delle cure primarie sta diventando già una realtà in molte Regioni e Province.

A lanciare l'allarme di recente sono stati i territori del Nord, il numero dei medici prossimi alla pensione è alto e non ci sono altrettanto ingressi nella professione per poterli sostituire, per esempio in Liguria troviamo 796 Mmg su 1.260 con più di 27 anni di servizio e nella provincia bresciana il 50% dei medici andrà in pensione nei prossimi cinque anni.

Numeri alla mano, sembra che il settentrione sia l'area destinata a soffrire maggiormente la mancanza di Mmg nei prossimi anni; cartina tornasole di questa situazione è

Milano, da qui al 2023 nel capoluogo lombardo saranno 280 i medici che raggiungeranno l'età pensionabile, un numero al quale non corrisponde quello di giovani medici pronti a entrare in servizio dopo aver concluso l'iter delle scuole di specializzazione.

► Una carenza nazionale

Ma se il Nord piange il Sud certamente non ride, secondo quanto dichiara a M.D. **Filippo Anelli**, Vicesegretario nazionale Fimmg e segretario regionale Puglia per lo stesso sindacato. "Non è solo il Nord a soffrire, nel giro di pochi anni la situazione diventerà ingestibile anche nel meridione. Probabilmente al Sud abbiamo un po' più di riserve, ma il dramma è alle porte: dal 2021 non ci saranno più medici, né per la Continuità Assistenziale né per la Medicina Generale. Abbiamo calcolato che in Puglia, ma credo che ciò avverrà più o meno con le stesse tempistiche nelle altre Regioni, le cure primarie così come le conosciamo hanno ancora quattro anni di vita. Naturalmente la

continuità assistenziale rischia il default prima di tutti perché questi colleghi, nel caso si liberino posti in assistenza primaria, si affrettano ad abbandonare la CA".

"Le cause sono quelle che raccontiamo ormai da anni - sottolinea - dall'errata programmazione alla sottostima del problema incombente da parte delle Regioni fino all'insufficienza delle borse di studio per la MG, numeri che non soddisfano quelli che dovrebbero essere i rapporti ottimali di uno su mille per la Medicina Generale e uno su cinquemila per la Continuità Assistenziale. Quindi, prima di tutto bisognerebbe aumentare il numero di borse di studio ma, contestualmente, modificare il rapporto ottimale e il massimale: sono queste le uniche due leve sulle quali poter agire".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Filippo Anelli

Proposte e possibili soluzioni

“Realizzare politiche come quelle degli ultimi anni, che deteriorano in maniera costante l’immagine della Medicina Generale - evidenzia **Pierluigi Bartoletti** Vicesegretario nazionale Fimmg - porta ad un grave problema: il giovane medico che si iscrive al triennio di MG, ne esce per entrare in qualunque altra specialità. Questo non aiuta, perché le persone vengono formate per un anno o due e poi ci si ritrova classi con molti colleghi in meno. Un danno che, oltre che alla professione, va considerato sempre più come un danno al cittadino”.

Per Bartoletti è innanzitutto necessario uscire dalla visione della Medicina Generale come serbatoio occupazionale, e se è vero che per problemi complessi non esistono soluzioni semplici, a detta del Vicesegretario Fimmg: “È altrettanto evidente che non basta incrementare gli ingressi o aumentare il valore delle borse; prima di tutto bisogna smetterla con gli errori di programmazione che vengono reiterati come se non ci fosse memoria degli inciampi passati. È bene non sganciarsi dal fatto che questa situazione, oggi mediaticamente e politicamente in primo piano, è stata annunciata anni fa. Fimmg in particolare ha cercato di accendere la spia d’emergenza anni addietro, mostrando come l’età media dei colleghi fosse alta e che in questi anni ci sarebbe stata la famosa gobba pensionistica caratterizzata dalla fuoriuscita di molti colleghi dalla convenzione, con annessi problemi in alcune Regioni nel trovare i sostituti. Oggi, ed è forse l’unica differenza da quello che dicevamo anni fa, il problema si evidenzia molto marcato su tutto il territorio nazionale”.

► Incrementare gli ingressi della MG? Non basta

Per la Simg, la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, non sarebbe affatto sufficiente incrementare gli ingressi o aumentare il valore delle borse per risolvere la situazione emergenziale. “Le carenze derivanti dagli esodi per età o anzianità - spiega il Presidente Simg **Claudio Cricelli** - non si risolvono solo incrementando gli ingressi o solo aumentando il valore della borsa. Potremmo velocizzare l’accesso se intervenissimo già sulla disciplina dei corsi, consentendo ai tirocinanti di fare domanda condizionata d’ingresso in graduatoria a gennaio del secondo anno: prima che a dicembre esca la graduatoria definitiva, il collega sarebbe in possesso di attestato di formazione. E chi avesse finito il corso nel 2020 sarebbe operativo già nel 2021”.

► Una Disciplina poco appagante

Ma per Bartoletti c’è un altro problema da considerare in questo contesto relativo alla percezione della Medicina Generale da parte dei giovani, sempre meno attratti da una disciplina che dal punto di vista economico non è appetibile e che professionalmente ha perso di *appeal*. “Possiamo raccontarci tutto quello che vogliamo - tiene a sottolineare - ma da qualche parte bisogna pur cominciare: non è possibile avere una professione medica, in senso lato, caratterizzata da figli e figliastri, da camici bianchi di serie A e medici di serie B. La questione economica legata alle borse non è irrilevante e invade il campo della dignità della profes-

sione e del professionista: perché se il giovane attratto dalla professione del medico di famiglia riceve una borsa che a malapena raggiunge gli 800 euro e un collega che sceglie ortopedia (ma potrebbe essere qualunque altra specialità, *ndr*) ne riceve 1.700, qualcosa non va nella concezione che si ha (e forse si vuole avere) della Medicina Generale”.

► I medici anziani

L’attenzione è in gran parte rivolta alle scuole e ai giovani medici, ma i camici bianchi prossimi alla pensione sono quelli che preoccupano su altri fronti. Sono i colleghi che, secondo l’Enpam, sceglieranno di appendere il camice al chiodo entro il 2023 e lo faranno in molti casi perché sfiancati dal sistema burocratico. La stessa burocrazia che mette in pericolo l’ingresso dei giovani medici. Una delle cause principali del mancato ricambio generazionale anche per Enpam sarebbe da ricercare nel numero chiuso delle scuole triennali *post-lauream* di Medicina Generale; scuole finanziate dalle Regioni, che ammettono mediamente 900 borsisti ogni anno, contro una media di circa 3.000 medici in uscita. Ammesso che tutti e 900 gli iscritti riescano ad arrivare fino in fondo, riuscirebbero a rimpiazzare meno di un terzo dei medici che scelgono di andare in pensione. Per questo il dubbio sorge quasi spontaneo: gli ingressi in queste scuole vengono così centellinati proprio in quanto scuole gestite dalle Regioni che non possono fare affidamento su grandi disponibilità economiche? Taglia corto il presidente dell’Enpam, **Alberto Oliveti**: “Bisogna aumentare i posti nelle scuole *post-lauream* di Medicina Generale altrimenti sul territorio rimarranno solo i pazienti”.

I medici di famiglia investono sempre di più nel digitale

I Mmg auspicano una rapida scomparsa del promemoria cartaceo della ricetta cosiddetta dematerializzata e perdipiù investono nel digitale. Sono alcuni dei dati emersi da un'indagine condotta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano in collaborazione con il Centro Studi della Fimmg

I medici di famiglia investono nel digitale. È quanto emerge da un'indagine condotta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano in collaborazione con il Centro Studi della Fimmg e con il supporto di DoxaPharma. Dal sondaggio, realizzato su un campione rappresentativo di 540 Mmg risulta che sono gli unici attori del sistema sanitario (tra strutture sanitarie, Regioni e Ministero della Salute) ad aver incrementato gli investimenti (+3%) nel digitale durante il 2016 rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda i servizi utilizzati, la consultazione online di dati di laboratorio è stata utilizzata nell'ultimo anno dal 47% del campione, quella di referti specialistici dal 32%, di referti di diagnostica per immagini dal 30%, di lettere di dimissione ospedaliere e da PS dal 20%. Da parte dei medici che ancora non li utilizzano viene riferito un evidente interesse all'uso di questi servizi qualora fossero disponibili.

Pur valutando così favorevolmente questi servizi, 2/3 dei medici appartenenti a Regioni in cui il Fasci-

colo Sanitario Elettronico (Fse) è stato già attivato, dichiarano di non avere ancora mai utilizzato le risorse del Fse, dimostrando, tra l'altro, che i servizi sopra menzionati sono spesso ancora collocati al di fuori dello stesso Fascicolo.

► Gli aspetti critici

L'indagine ha consentito, inoltre, di rilevare eventuali problematiche legate a soluzioni ICT ritenute inadeguate dalla professione. È emerso che l'85% dei medici auspica una rapida scomparsa del promemoria cartaceo della ricetta cosiddetta dematerializzata. I Mmg si attendono che tale scomparsa possa comportare una agevolazione per i pazienti nell'approvvigionamento delle terapie continuative. Dalle risposte del campione, gli attori che avrebbero maggiore interesse a mantenere in vigore la copia cartacea del promemoria sono i farmacisti (43%), le istituzioni sanitarie (30%), i pazienti (23%) e solo per il 4% i medici.

“Quello che emerge - afferma **Paolo Misericordia**, Responsabile del Centro Studi della Fimmg - è un quadro di una professione oramai fortemente orientata verso l'uso

delle risorse ICT, sia per un sistema che ha indubbiamente preteso dalla MG un adeguamento a queste competenze che non è stato richiesto ad altri, sia per la percezione dei vantaggi che l'utilizzo di questi strumenti comportano nella gestione del paziente. Tutto questo a fronte di un'età media della categoria avanzata, senz'altro superiore a quella di ambiti della professione medica che appaiono 'meno' digitalizzati. I medici di medicina generale sembrano anche in grado di identificare correttamente - continua Misericordia - le criticità di questi sistemi ed attribuirne le relative responsabilità”.

“Dall'indagine emerge una distanza tra Regioni e medici - afferma **Chiara Sgarbossa**, Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano. Se, da un lato, gli strumenti digitali sono entrati nella quotidianità professionale dei medici, dall'altro gli strumenti messi a disposizione dalle Regioni, come il Fascicolo Sanitario Elettronico, sono ancora percepiti come inadeguati rispetto alle esigenze della professione e quindi poco utilizzati”.

Il rapporto fiduciario va in soffitta

Alcuni dati emersi dal XV Rapporto Nazionale sulle Politiche della Cronicità di Cittadinanzattiva segnalano un disagio da parte dei pazienti che afferiscono ai medici di medicina generale, che nella realtà stanno diventando il front office di un sistema sanitario che sta crollando

IMmg sono il *front office* di un sistema che sta crollando e le conseguenze sono visibili anche nella relazione con i propri assistiti che lamentano una scarsa attenzione da parte del proprio medico di fiducia. “Il paziente non sbaglia a prendersela con noi medici di famiglia: ma è bene spiegare che la situazione è più complessa di quel che sembra. Da tempo ormai siamo costretti a dire molti più ‘no’ rispetto al passato: non possiamo più offrire tutti i servizi ai quali avevamo accesso anni fa; la coperta si è accorciata e di molto. Questo è bene che i cittadini lo sappiano. Basti pensare alla spesa sanitaria che si attesta al 6,5% del Pil, un valore al limite della sostenibilità e visto da tutti gli esperti in calo nei prossimi anni. È per questo che noi Mmg diventiamo il primo momento di sfogo per milioni di italiani sempre più senza accesso alle cure: siamo il *front office* di un sistema che sta crollando”. Così **Pina Onotri**, Segretario Nazionale Smi - Sindacato dei Medici Italiani - commenta il XV Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità ‘In cronica attesa’ presentato di recente dal Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva. Nel Rapporto si legge come la relazione medico-paziente stia regredendo nel carico empati-

co che l’ha da sempre caratterizzata: il 78% dei pazienti riscontra che il Mmg ha poco tempo a disposizione per l’ascolto, il 44% di aver visto sottovalutati i propri sintomi, il 42% lamenta una minor reperibilità e il 26% una scarsa empatia.

► Distinguere il percepito dalle cause reali

Non bisogna sottovalutare la percezione dei pazienti, ma è bene “distinguere il percepito dalle cause reali che portano i medici ad avere certi comportamenti - continua Onotri. Mi spiego meglio. Non è più una novità: noi medici di medicina generale siamo sottoposti a carichi di lavoro insostenibili con le risorse a nostra disposizione. Con personale di studio e un aiuto dal punto di vista amministrativo, certamente le nostre prestazioni nei confronti del paziente, non solo dal punto di vista clinico ma anche personale, ne gioverebbero”.

Nel Rapporto presentato da Cittadinanzattiva, si può notare come sulla presa in carico, i pazienti mostrino un malcontento diffuso. D’altra parte, se la presa in carico delle cronicità rappresenta il punto sul quale si misura la qualità dell’assistenza fornita, ma solo il 40% dei pazienti dichiara di essere stato coinvolto in progetti di cura multidisciplinary, qualcosa non va. E qualcosa di distorto c’è anche a livello organizzativo e strutturale. Infatti, in merito alla riorganizzazione dell’assistenza prestata sul territorio, nonostante la legge abbia introdotto le Aft e le Uccp, il 39% delle associazioni pazienti non riscontra alcun cambiamento. Di conseguenza, i cittadini nel 68% dei casi devono ricorrere al Pronto soccorso. “Ci stanno imponendo in maniera occulta un sistema mutualistico; un’alternativa al modello universalistico attuale poco efficace ed efficiente da troppo tempo - conclude Onotri - ma invece di provare a ripararlo cosa si fa? Si mette la sanità in mano ai privati. Noi non siamo d’accordo. Se ci vengono messi a disposizione gli strumenti e le risorse, le medicine di gruppo e le unità di cure primarie diventano realtà, migliorando la presa in carico. Ma a livello nazionale solo il 3,7% dei medici lavora in strutture multidisciplinari: è un problema di risorse e destinazione dei fondi, non di volontà dei medici”.

disciplinari, qualcosa non va. E qualcosa di distorto c’è anche a livello organizzativo e strutturale. Infatti, in merito alla riorganizzazione dell’assistenza prestata sul territorio, nonostante la legge abbia introdotto le Aft e le Uccp, il 39% delle associazioni pazienti non riscontra alcun cambiamento. Di conseguenza, i cittadini nel 68% dei casi devono ricorrere al Pronto soccorso. “Ci stanno imponendo in maniera occulta un sistema mutualistico; un’alternativa al modello universalistico attuale poco efficace ed efficiente da troppo tempo - conclude Onotri - ma invece di provare a ripararlo cosa si fa? Si mette la sanità in mano ai privati. Noi non siamo d’accordo. Se ci vengono messi a disposizione gli strumenti e le risorse, le medicine di gruppo e le unità di cure primarie diventano realtà, migliorando la presa in carico. Ma a livello nazionale solo il 3,7% dei medici lavora in strutture multidisciplinari: è un problema di risorse e destinazione dei fondi, non di volontà dei medici”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Pina Onotri

Infermieri, algoritmi e robot al posto dei medici

È questo lo scenario che molti disegnano per il futuro della primary care mentre sempre più emerge la necessità di medici che siano in grado di gestire funzioni in cui algoritmi e robot sono incapaci: flessibilità nelle “pratiche”, sensibilità e abilità relazionali e di navigazione delle complessità. Vi è solo un’ancora di salvezza, ritornare alla professione ippocratica, indipendente il più possibile da pratiche troppo meccaniche e automatiche

Francesco Del Zotti

Medicina Generale, Verona - Direttore di Netaudit

In un recente articolo del *NEJM* Thomas Bodenheimer (Center for Excellence in Primary Care, University of California San Francisco) e Laurie Bauer (School of Nursing, UCSF), sostengono che il futuro della *primary care* negli Stati Uniti sarà dominato dagli infermieri con competenze particolari che li avvicinano molto ad un medico di medicina generale, i cosiddetti *nurse practitioner*.

A tali professionisti della salute se ne affiancheranno altri, i *registered nurse*, che assumeranno il ruolo di veri e propri manager della salute per quell’esercito di 150 milioni di cittadini statunitensi affetti da patologie croniche.

A questa ipotesi si può collegare un altro ragionamento ricorrente tra i cultori dell’intelligenza artificiale in Medicina. Nel giro di 5-10 anni una discreta parte degli anatomico-patologi, radiologi e dermatologi potrebbe essere sostituita dai progressi galoppanti del riconoscimento automatico delle immagini. In effetti già oggi alcuni *software* gestiti ad esempio da Facebook e Google

fanno impressione: riconoscono sia una faccia da una non-faccia sia il proprietario di quella faccia. Una variante del *software* di FB è già da mesi usato dai vari corpi di polizia. Che cosa hanno in comune le competenze e la mansione di non pochi infermieri con gli algoritmi dei *software* dell’Intelligenza Artificiale? Il fedele rispetto di procedure operative, passo-passo, rispetto ai comandi impliciti o espliciti di Pianificatori sanitari o programmatori elettronici, ai livelli internazionali, nazionali o regionali.

I medici in genere sono più “devianti” rispetto alle procedure; più intrisi di soluzioni personali complesse, più astratte e a volte più creative. In secondo luogo i medici ed i medici generalisti in particolare, basano spesso la loro professione non tanto sulle procedure pratiche passo-passo, ma sulla comprensione distaccata, sulla “*watchful waiting*” (l’attesa vigile), sulla relazione. Infine, la classe medica si distingue da questo eccesso di standardizzazione informatica e algoritmica, per aver coltivato valori sempre attuali e

difficilmente sostituibili: responsabilità, cautela, controllo “periferico”, riflessione, sperimentazione per gradi, trasparenza, rispetto, personalizzazione.

Insomma in un’epoca di telematica e globalizzazione basata sulla centralizzazione del potere sembra che il potere economico-industriale preferisca al posto del mediatore culturale, il medico, agenti umani o computerizzati che usino procedure e prodotti controllati, controllati magari da loro. E sembra che a sua volta il potere politico voglia sostituirci perché vuole affidar a sé stesso le abilità relazionali e quelle di “intelligenza del sistema”: ed ecco perciò crescere il potere dei grandi database centralizzati e del “*machine learning*” (le macchine che auto-imparano e auto-decidono, ma sempre sotto il diretto controllo di poteri centralizzati).

► Un comune denominatore

Comunque la stessa sorte potrebbe capitare agli stessi infermieri: una volta sostituita la professione

medica con un meno costoso impiego di infermieri a cui siano destinate procedure algoritmiche sarà facile predire che anche essi saranno sostituiti, con l'abbassarsi dei costi di *software*, *database* e robot. Comunque è inutile negarlo. I sistemi artificiali tipo Watson saranno in grado di diagnosticare ed individuare terapie al livello quanto meno dei medici di competenza bassa o media. Non pochi lavori "specialistici" medici saranno sostituiti entro 5-10 anni.

Ma al moltiplicarsi delle diagnosi e delle indicazioni terapeutiche robotizzate, crescerà a dismisura l'ansia dei pazienti e la necessità di figure generaliste ma anche specialistiche, con mentalità disponibile al modello bio-psico-sociale e alla soluzione di problemi aperti e complessi, che orientino questa neo-giungla di nuove diagnosi e che esprimano simpatia e "presa in carico".

► Il management relazionale

Ricordiamoci sempre che una nuova diagnosi "brillante" di un medico o di Watson o Google anche nel 3017 per i pazienti sarà una fregatura. E ricordiamoci pure che buona parte delle magnifiche nuove terapie che Watson suggerirà saranno per lungo tempo impraticabili (vedi ad esempio: la terapia per l'epatite C). Inoltre, teniamo presente che il management relazionale e pratico di tanti problemi medici antichi o moderni necessita di agenti umani, molto più flessibili nel passare da un tipo di azione ad un'altra. La "semplice gestione" per esempio di un paziente con BPCO richiede un medico che sia in grado non solo di diagnosticare con l'anamnesi o con la spirometria, ma anche un

medico in grado di:

- eseguire un buon esame obiettivo;
- misurare velocemente con strumenti maneggevoli almeno un FEV1, magari dopo aver insegnato al paziente il giusto modo di respirare nell'effettuare un test;
- valutare quanto impatti su di lui l'abitudine al fumo;
- insegnargli l'uso dei *device*, un qualche sistema a score o con strumenti per l'automonitoraggio;
- eseguire con il giusto tatto il counselling anti-fumo sia a lui sia ai suoi famigliari stretti.

Quanti tipi di algoritmi e di robot serviranno per questo lavoro complesso e multiforme? Ecco, secondo gli esperti, più il lavoro è multistrato (cognitivo, pratico, relazionale) più sarà difficile e costoso per gli algoritmi ed i robot sostituire un certo tipo di lavoro medico: per esempio quello del medico di medicina generale, dell'internista, del chirurgo generale.

► Un preoccupante paradosso

Ma qui voglio segnalare un preoccupante paradosso: proprio quando avviene che il medico viene superato dall'Intelligenza artificiale, abbinata ai big-data, nelle capacità logiche, proprio ora si selezionano gli ingressi in Medicina, in specializzazione e persino in Medicina Generale solo con quiz robotizzati; nessun colloquio, nessuna prova pratica. Questi quiz così danno un pericoloso *imprinting* agli studenti: "per affermarsi conta solo ciò che è robotizzato". Seguendo questa logica si farà in modo che conterà sempre meno il prendersi cura ed il guidare il paziente con autorità e dolcezza. E le propensioni "generalista", pratica e relazionale così verranno

sempre più penalizzate. Si tratta di un tragico errore: selezionare medici-robotizzati, dei simil-robot di serie B, che a breve saranno surclassati dai veri robot, mentre sempre più emerge la necessità di medici che siano in grado di gestire funzioni in cui algoritmi e robot sono incapaci: flessibilità nelle "pratiche", sensibilità e abilità relazionali e di navigazione delle complessità.

Vi è solo un'ancora di salvezza. Ritornare all'antico ulivo millenario: la professione ippocratica, indipendente il più possibile da pratiche troppo meccaniche e automatiche a rischio di dipendere totalmente da poteri centralizzanti e globalizzanti. Ippocrate 2400 anni fa ci insegnò il legame fondamentale della malattia con il "tutto", inteso come complessità, come contesto di vita familiare o ambientale. Ciò contrasta le linee monodimensionali delle procedure passo-passo e degli algoritmi, che non poche volte rischiano di causare una visione a tunnel, a para-occhi.

Invece, l'ulivo ippocratico continua ad avere antiche radici sempre più ampie e vitali e sempre nuovi frutti e nuove rinnovate "foglie", grazie all'integrazione e mix di antiche e nuove discipline e arti fondamentali: la semeiotica, un bricolage "artigianale", l'etica, l'epidemiologia orientata all'ambiente e alla società, l'antropologia, la psicologia, le neuroscienze, la genetica dei casi famigliari, nonché le analisi sistematiche di narrazioni e biografie (reali o simulate in testi, opere letterarie, teatrali e filmiche) che richiamino mondi valoriali mai tramontati.

Una prima versione di questo articolo è stata pubblicata su "Verona Medica" Organo ufficiale dell'OMCeO di Verona

Da universalistico a mutualistico, la mutazione genetica del nostro Ssn

Ferve il dibattito sulla virata del nostro Ssn verso un sistema neo-mutualistico per dare ai cittadini più salute o offrire maggiori tutele a loro e ai dipendenti del comparto. C'è chi a questa prospettiva si oppone, chi invece spera nello sviluppo della sanità integrativa e chi reputa questa eventualità impossibile. Intanto cresce la protesta

L'accusa mossa da più fronti prima al governo Renzi e adesso a quello Gentiloni è di voler rimpiazzare la sanità pubblica con una neo-mutualistica. Contro questa probabile deriva si è acceso un dibattito infuocato tra chi, analizzando le varie decisioni normative di questi ultimi anni, non vede nessuna 'deriva' del nostro Ssn, ma solo un adattamento normativo alla domanda di salute e chi invece è certo della trasformazione del nostro sistema sanitario come il segretario provinciale di Fimmg Bologna, **Fabio Vespa**: "È tempo di esprimere - si legge in una nota stampa del segretario provinciale - la preoccupazione per un sistema sanitario che, pur vantando innegabili successi, tende a evolvere da universalistico e solidaristico, verso sistemi mutualistici che parevano superati e lontani nella nostra memoria. Noi siamo certi che a breve tutto ciò, così come accade ovunque si affermino sistemi assicurativi, produrrà una minore protezione per importanti fasce di popolazione".

► Il fronte si allarga

Una preoccupazione manifestata da diversi intellettuali impegnati nel mondo della sanità. Come

Ivan Cavicchi, da sempre attento osservatore e critico dell'evoluzione del Ssn: "Lo scopo di una tale trasformazione - afferma Cavicchi - non è quello di dare ai cittadini più salute o di offrire tutele a loro e ai dipendenti del Ssn perché la sanità pubblica non va. L'obiettivo è quello di usare strumentalmente la spesa sanitaria con lo scopo di accrescere il reddito d'impresa delle aziende, nella speranza di avere più investimenti e quindi più occupazione. Il governo per accrescere il profitto delle imprese si è inventato, con l'accordo dei sindacati, un trucco definito welfare aziendale, cioè delle mutue completamente defiscalizzate attraverso le quali far fuori l'art 32 della Costituzione e quindi la sanità pubblica".

Il dibattito si è riaperto con il Documento di Economia e Finanza presentato dal governo secondo il quale la spesa sanitaria è prevista in calo fino al 6,5% del Pil. "Un livello degno dei Paesi dell'Europa dell'Est - commenta Anaao, l'Associazione dei medici dirigenti - "il governo continua a definanziare la sanità pubblica e a mirare all'impoverimento strutturale del suo personale, rispondendo con uno sberleffo alle grandi confederazioni sindacali forti di 10 milioni di iscritti".

Nel frattempo il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha annunciato nuove assunzioni nel comparto e assicurato che per la spesa sanitaria già oggi si prevede un costante incremento fino al 2020. Poiché le stime di crescita del Pil sono più che confortanti e fanno registrare un significativo e costante aumento dal 2017 al 2019 (+2,2% nel 2017 e +2,9% sia nel 2018 che nel 2019), il valore del rapporto tra spesa sanitaria e Pil produrrà sì un effetto decrescente, "ma dovuto - precisa il ministro - al dato positivo della ripresa del Pil non certo alla riduzione, che non esiste, della spesa sanitaria complessiva".

► Un nuovo indicatore

A conclusione di questo ragionamento, ci sembra opportuno sottolineare che nel Def viene introdotto il concetto di Bes, l'Indicatore di Benessere Equo e Sostenibile. La filosofia alla base del documento governativo vede la salute non coincidere con il Pil; stando così le cose appare evidente la necessità di introdurre nuovi indicatori. Al momento ne sono stati indicati quattro: l'emissione di CO² e di altri gas clima alteranti, il reddito medio disponibile e l'indice di disegualianza.

Cosa pensano i medici e gli infermieri coinvolti nell'ADI

Secondo i dati dell'indagine effettuata dagli autori dell'articolo, il potenziale dell'ADI ed i benefici in termine di salute e risparmio sono indiscutibili. Tuttavia questi potranno essere esplorati e sfruttati solo quando le procedure che ne regolano l'attivazione ed il mantenimento saranno sostanzialmente semplificate, con la possibilità di un'interfaccia gestionale più diretta tra i medici e gli infermieri coinvolti, che per ora sembrano patire di un eccessivo filtro comunicativo indotto dalla figura intermediatrice dell'Asl

Carmelo Barolo¹, Marco Cagnin², Piero Antonio Marcato¹, Giuseppe Maso³, Rosita Mignini⁴

Gli obiettivi primari di questo studio erano di: valutare la qualità percepita del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ed il livello di collaborazione inter-professionale; valutare il ruolo intermediatore delle Aziende Sanitarie Locali; far emergere gli eventuali punti di criticità del Servizio e proporre possibili migliorie. Per l'indagine è stato utilizzato un questionario chiuso a scelta multipla rivolto agli infermieri e ai medici di vari distretti socio-sanitari veneti. L'analisi dei dati e le conclusioni sono basate sul raffronto delle risposte fornite da medici e infermieri a domande affini. In sintesi dai dati emerge che gli infermieri sembrano apprezzare più dei medici la struttura attuale del Servizio, ma lamentano la scarsa collaborazione con i medici, che risultano una figura "limitante"; d'altro canto i medici considerano soddisfacente il livello di collaborazione raggiunto, sebbene ammettano di non conoscere appieno le potenzialità del servizio, che si prefigura però come una "imposizione" con alto cari-

co burocratico da parte delle Aziende Sanitarie, anziché un elemento dall'autonoma gestione. Emerge infine un quadro legislativo non chiaro ai professionisti, qualora chiamati in causa per lesioni personali provocate in ambito di Assistenza Domiciliare.

► Introduzione

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata è un sistema di servizi sanitari offerti a domicilio del paziente e caratterizzato, idealmente, da una armoniosa integrazione delle prestazioni erogate dalle plurime figure professionali coinvolte. La continuità assistenziale si prefigura quindi nella condivisa progettazione e realizzazione di interventi individualizzati, più o meno intensivi, mirati al raggiungimento degli obiettivi di salute, tipicamente espletati con il recupero dell'autonomia del paziente (ovviamente entro i limiti consentiti dal razocinio). Una assistenza sanitaria extra-ospedaliera efficace e di qualità si pone quindi come importante indicatore del "Welfare" loco-regionale, e deve ambire all'ottimizzazione delle risorse. Una delle opportunità per il miglioramento di questa risorsa consiste indubbiamente nell'instaurare un confronto produttivo fra i protagonisti, nell'ottica

di raggiungere un armonioso lavoro di squadra, che di base è reso difficoltoso dalla mancanza di occasioni in cui preconfigurare gli obiettivi di salute per un dato paziente ed in cui correggere le eventuali aberranze in corso d'opera. Questo deficit di comunicazione si riflette negativamente sull'efficacia - anche sul versante economico - del Servizio di ADI, che potrebbe essere, nella propria ideale propagazione, il *primum movens* nell'evitare una gravosa e innecessaria ospedalizzazione. Il nostro lavoro si è proposto di ricercare gli elementi basilari di confronto tra i professionisti coinvolti nell'ambito delle cure primarie "domiciliari", con lo scopo di individuare le aree critiche e gli spazi di miglioramento nel rapporto di collaborazione fra medici e infermieri.

► Materiali e metodi

La scelta di considerare soltanto due delle principali figure professionali coinvolte nel servizio (infermieri e medici), si è resa necessaria per la difficoltà di contatto e di arruolamento degli altri partecipanti a questo micro-mondo sanitario extra-ospedaliero. Il punto di vista degli infermieri è stato analizzato mediante un questionario a risposta multipla "chiusa", in formato

1 Medico di famiglia, Venezia
2 Medico in formazione specialistica
Università degli Studi di Padova

3 Medico di famiglia, Insegnamento
di Medicina di Famiglia Università di Udine

4 Infermiere del Servizio di Assistenza Domiciliare
Asl 6 Veneto

cartaceo, recapitato a 99 infermieri dei distretti socio-sanitari di Dolo (VE), Camposampiero (PD) e Cittadella (PD). Il questionario, totalmente anonimo, è stato somministrato e raccolto in date prefissate; ciò è stato possibile grazie alle riunioni periodiche, incentrate sul tema "Assistenza Domiciliare" che hanno lo scopo di favorire il lavoro di squadra degli infermieri che devono realizzare le prestazioni a domicilio. Della distribuzione e della raccolta si è occupato un referente per ciascuna congregazione: con tale tecnica si è ottenuta una buona percentuale di risposta da parte dei soggetti contattati (77%).

Per i medici si è provveduto alla creazione di un questionario informatizzato, a risposta multipla "chiusa" con domande affini a quelle formulate per il personale infermieristico; si è utilizzata una piattaforma digitale che offre anche l'analisi statistica dei dati; tale *multiple-choice quiz* è stato recapitato all'indirizzo e-mail di oltre 400 Mmg delle varie Asl della Regione Veneto, ottenendo però risposta solamente dal 13.4% dei contattati.

Il questionario per gli infermieri era composto di 10 domande rivolte ad analizzare la qualità percepita del Servizio di ADI, il livello di collaborazione con i medici e la valutazione delle conoscenze dei Mmg in tale ambito e le eventuali richieste particolari da presentare ai curanti nella gestione quotidiana dei pazienti a domicilio; inoltre si sono volute sondare le conoscenze in ambito di responsabilità per le lesioni personali.

Il questionario per i medici era anch'esso composto da 10 domande volte ad analizzare la qualità percepita dell'ADI, il livello di collaborazione con gli infermieri del Servizio e gli eventuali fattori limitanti nella gestione dei propri assistiti a domicilio. È stato somministrato un test di autovalutazione sulle competenze mediche necessarie in ambito di ADI e sono state sondate le conoscenze in ambito legale circa la responsabi-

lità civile e penale per eventuali lesioni personali dei propri assistiti.

► Risultati

È stato chiesto quale sia l'opinione personale sulla struttura attuale del Siad (Servizio Integrato di Assistenza Domiciliare) nella Asl di pertinenza, ottenendo un giudizio chiaramente positivo solo da parte dell'11% dei medici intervistati, a fronte di un 41% di approvazione da parte del personale infermieristico; di converso, il Servizio è reputato inadeguato alle esigenze del territorio per il 16% degli infermieri, mentre appare tale ad oltre un terzo (34%) dei Mmg (figura 1).

Per quanto riguarda il livello percepito di collaborazione tra medico ed infermiere è emersa discordanza di pareri: tra gli infermieri solo un quarto (25%) reputa buoni gli attuali rapporti lavorativi, un quarto (26%) li ritiene scarsi, il restante 49% considera sufficiente il livello di collaborazione, mentre per la maggioranza dei medici (48%) sussi-

ste già un buon livello di collaborazione inter-professionale, mentre uno scarso livello è percepito da solo il 12% dei Mmg intervistati (figura 2).

È stato chiesto agli infermieri se fosse ritenuta necessaria la presenza anche del Mmg già nella fase di presa in carico dei pazienti "complessi": anche qui si è assistito ad una certa differenza d'impressioni, in quanto per ben il 52% degli infermieri la figura del medico in questo contesto è sempre opportuna, mentre per la maggioranza dei medici (73%) questa situazione si dovrebbe verificare su specifica richiesta dell'infermiere; il 27% dei medici di famiglia invece tende a proporsi volontariamente nella presa in carico dei pazienti più complessi (figura 3).

Abbiamo quindi chiesto ai medici quale fosse la metodologia preferita di attivazione di una prestazione infermieristica a domicilio, ottenendo una chiara preferenza (68%) per i software applicativi "diretti" - ossia integrati con la cartella clinica del paziente - anziché dover ricorrere a software applicativi di enti terzi, usualmente interlacciati al sito

Figura 1

Adeguatezza del Siad secondo gli infermieri e i medici

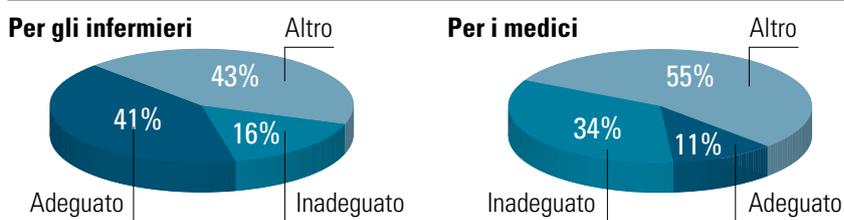


Figura 2

Rapporto inter-professionale secondo gli infermieri e i medici

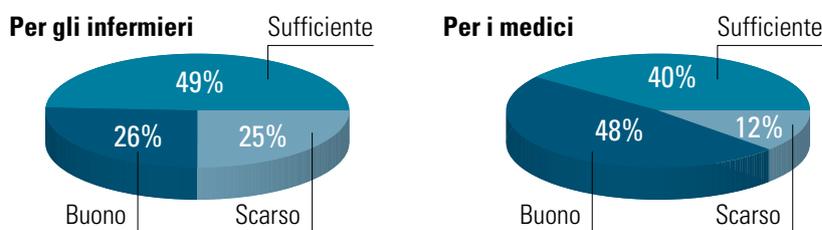
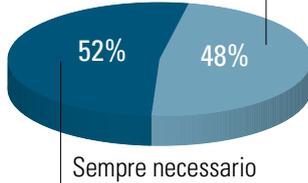


Figura 3

Presa in carico dei casi complessi secondo gli infermieri e i medici

Secondo gli infermieri

Non sempre necessario



Autonoma presa in carica per i Mmg

Sempre necessario

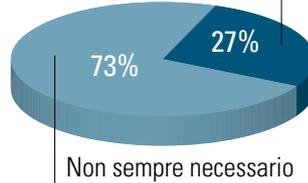


Figura 4

Adeguatezza percepita delle richieste dei Mmg

Raramente adeguate

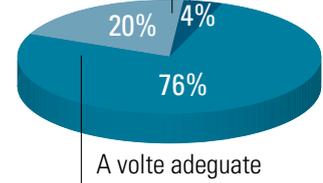


Figura 5

Istruzioni inviate dai Mmg agli infermieri

Insufficienti

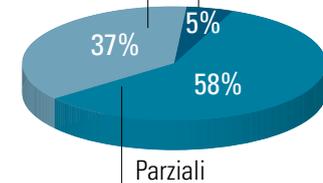
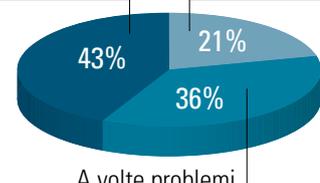


Figura 6

Attivazione di una prestazione ADI da parte dei Mmg

Mai problemi



dell'Asl di competenza, ma che tipicamente non integrano automaticamente i dati del paziente nei moduli necessari. D'altro canto, a valle di questa produzione burocratica, è necessario segnalare che, per il 20% degli infermieri del Siad le richieste dei Mmg sono raramente "adeguate", mentre per appena il 4% lo sono sempre (figura 4).

A corollario di questo risultato, solo il 5% degli infermieri ritiene che siano complete le informazioni fornite dal medico per attivare e mantenere una prestazione di assistenza domiciliare, in quanto le informazioni risultano parziali per il 58% degli infermieri intervistati e francamente insufficienti per un significativo 37% di essi (figura 5).

A parziale giustificazione di questo fenomeno, è da evidenziare il fatto che abbastanza medici di famiglia (circa il 21%) hanno spesso problemi con l'attivazione di una prestazione infermieristica sul territorio, mentre solo il 43% di loro riferisce di non avere mai difficoltà con tali procedure (figura 6).

Un altro dato significativo è emerso dalla domanda relativa alla apparente conoscenza dei medici circa le varie prestazioni eseguibili in ambito ADI: i Mmg appaiono possedere una piena conoscenza delle potenzialità del servizio solo per l'8% degli infermieri intervistati, mentre la maggior parte (64%) degli infermieri reputa che i medici di famiglia siano solo parzialmente informati ed il 28% rimanente crede che tali conoscenze siano addirittura insuffi-

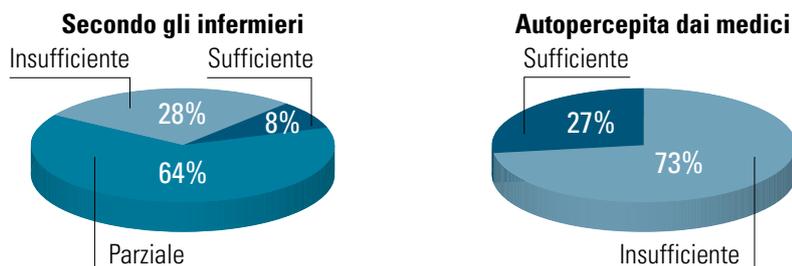
cienti. Ad ogni modo la "conoscenza" è un parametro di difficile caratterizzazione, ma che può essere ragionevolmente - seppure soggettivamente - dicotomizzato in "sufficiente conoscenza" ed "insufficiente conoscenza"; abbiamo deciso di porre ai medici di famiglia la domanda in tale senso, ossia chiedendo se si sentissero in possesso di un sufficiente livello di conoscenza delle pratiche eseguibili in regime di Assistenza Domiciliare (ciò è da considerarsi un buon parametro per definire le capacità di gestione di uno strumento così delicato): inaspettatamente, il 73% dei Mmg ammette di non sentirsi adeguatamente preparato circa le varie pratiche assistenziali che possono essere espletate al domicilio del paziente (figura 7).

Tra le altre domande è emerso come la modalità preferita di aggiornamento sulle variazioni delle condizioni cliniche degli assistiti, e per i medici e per gli infermieri, rimanga la chiamata dell'infermiere al medico curante, con risultati sovrapponibili che si assestano sull'ordine del 61-64% degli intervistati. Infine si è proceduto con l'analisi di alcuni aspetti legali concernenti la responsabilità per eventuali lesioni personali provocate ad un assistito, ovviamente in ambito di assistenza domiciliare. Abbiamo chiesto per l'appunto agli infermieri a chi credano sia da imputare un danno lieve o grave occorso in tale contesto: in entrambi i casi (danno lieve o grave) per l'80% circa degli infermieri la colpa è da attribuire a loro stessi, per

il 4-5% è da attribuire al curante, per il 3-4% alla Asl di riferimento; il 13% circa degli infermieri ha fornito una risposta non pertinente, che in molti casi implicava un concorso di colpa. Per tale motivo si è deciso di lasciare la possibilità ai medici intervistati di fornire più risposte alla medesima domanda, (questa opportunità è stata concessa giacché il test dedicato ai medici sarebbe stato strutturato solo in un secondo

Figura 7

Preparazione dei Mmg secondo gli infermieri e autopercipita dai medici



momento). Con questa specificazione, si segnala che i medici confermano l'impressione che i principali "responsabili" in caso di lesione personale lieve o grave siano gli infermieri (ordine dell'80% degli intervistati), ma tendono ad attribuire con maggiore facilità rispetto agli infermieri una co-responsabilità all'Unità Sanitarie Locali (36% degli intervistati) e a loro stessi (32%), in quest'ultimo caso con percentuali che aumentano fino ad oltre il 46% in caso di lesione personale grave.

► Differenze

Per i medici di famiglia, liberi professionisti convenzionati con l'Asl, l'ADI si prefigura come una piccola parte del proprio lavoro, spesso vissuta come un ulteriore carico burocratico, anziché uno strumento preventivo e di autonoma gestione dei propri assistiti a domicilio: in quest'ottica il servizio diventa un'imposizione demandata dalle autorità sanitarie locali, piuttosto che uno strumento nelle mani delle Cure Primarie e dei relativi medici convenzionati. D'altro canto, per gli infermieri impiegati nel Siad, dipendenti dell'Asl, l'assistenza domiciliare è la componente esclusiva del proprio lavoro, su cui riversare tutta la propria competenza e implementare la propria professionalità. Ne deriva, logicamente, che questi ultimi protagonisti siano più soddisfatti dello *status quo* del servizio ADI, e che addirittura giungano a sentirsi limitati

dalla scarsa collaborazione e dubbia impreparazione dei Mmg. Quella dell'infermiere è una figura che al giorno d'oggi è responsabilizzata circa le proprie azioni e che, se adeguatamente indirizzata, si sente in grado di migliorare i servizi disponibili per il cittadino.

► Insoddisfazione dei Mmg

Dall'intervista dei medici di famiglia emerge un quadro di maggiore insoddisfazione nei confronti della struttura attuale dell'Assistenza Domiciliare, perfettibile seppure nel contesto di uno status di collaborazione con gli infermieri già ritenuto soddisfacente (per quanto atipico, in considerazione della non sussistenza di un rapporto gerarchico diretto tra medici ed infermieri coinvolti, in cui i primi sono dei liberi professionisti autonomi, mentre i secondi sono dipendenti che fanno riferimento all'Asl. Un punto di criticità è costituito dall'ulteriore burocratizzazione delle procedure con il passaggio alla piattaforma informatica, che ha indotto un ulteriore rallentamento in alcuni meccanismi già farraginosi (si porti ad esempio la mancanza di comunicazione tra i sistemi informatici in dotazione al medico per la gestione della cartella clinica e all'Asl di riferimento per l'avvio ed il mantenimento del Servizio di ADI). Questa apparente complicazione, in aggiunta ad una situazione lavorativa già resa difficile dalle numerose e ingrave-

scenti esigenze di una popolazione che invecchia e dalle molteplici comunicazioni ed ordinanze prodotte dalle Asl, è alle radici dello scarso interesse che i Mmg provano nei confronti dell'Assistenza Domiciliare Integrata: con le logiche conseguenze del mancato aggiornamento professionale e mancata cooperazione con i professionisti sanitari per il raggiungimento degli obiettivi di salute auspicabili.

► Confusione normativa

Come ultimo punto, si rileva un quadro normativo non chiaro ai principali protagonisti dell'ADI in ambito di responsabilità professionale: ciò potrebbe comportare, anche in caso di una semplice sanzione pecuniaria, una mancata copertura assicurativa (si fa riferimento agli attuali massimali proposti agli infermieri, in quanto per i medici vige già l'obbligo di un'adeguata copertura assicurativa per lesioni personali colpose).

► Conclusioni

In conclusione, il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata si configura come un elemento fondamentale di congiunzione tra le Cure Primarie e le Unità Socio-Sanitarie Locali, realizzante una vera forma di continuità assistenziale tra l'ospedale ed il territorio; il potenziale di tale servizio ed i benefici in termine di salute e risparmio sono indiscutibili, ma questi potranno essere esplorati e sfruttati solo quando le procedure che ne regolano l'attivazione e il mantenimento saranno sostanzialmente semplificate, con la possibilità di un'interfaccia gestionale più diretta tra i professionisti coinvolti, che per ora sembrano patire di un'eccessivo filtro comunicativo indotto dalla figura intermediatrice dell'Asl.

Articolo in pubblicazione anche su
Italian Journal of Primary Care

Sviluppo della medicina territoriale, un'occasione mancata

“Avevamo previsto un elenco di patologie trattabili sul territorio dagli Ospedali di Comunità o dalle Case della Salute - commenta a M.D. Giancarlo Aulizio, Mmg e Responsabile Ospedali di Comunità e Case della Salute Simet (Sindacato Italiano Medici del Territorio). Sono già dieci anni che si annuncia la fine della cultura ospedalocentrica: ad oggi non è stato fatto abbastanza”

Francesco Gombia

Dai dati relativi alle Schede di Dimissioni Ospedaliere 2015 si palesa che per alcune patologie la diminuzione dell'ospedalizzazione è stata costante e pressoché omogenea in tutte le Regioni, mentre per altre negli ultimi dieci anni si sono avuti picchi e discese che non denotano un'organizzazione omogenea sul territorio, in grado di affrontare compiutamente la deospedalizzazione.

“Il ministero della Salute afferma che valori più bassi in termini di ricoveri, significano migliore efficienza dell'assistenza sanitaria nel suo complesso - dichiara **Giancarlo Aulizio**, Mmg e Responsabile Ospedali di Comunità e Case della Salute Simet - Sindacato Italiano Medici del Territorio - sia come efficacia dei servizi territoriali, sia come ridotta inappropriata del ricorso all'ospedalizzazione. Prima di tutto bisognerebbe intendersi una volta per tutte sul concetto di inappropriata e la linea ministeriale è ormai evidente: è inappropriato tutto ciò che è costoso”. Prendiamo ad esempio il tagli dei posti letto, un provvedimento che ricade diretta-

mente sugli ospedali, ma che getta un'ombra sulle possibilità assistenziali del territorio e della Medicina Generale: “Il taglio di decine di migliaia di posti letto negli ultimi quindici anni, per di più in una delle nazioni riconosciuta come tra le più longeve, non sta né in cielo né in terra: noi Mmg registriamo tutti i giorni una deospedalizzazione frettolosa crescente”.

Le decisioni legate ai tagli di posti letto sono politiche e derivano da un'impostazione legata a doppio filo con il mantenimento di determinati privilegi. E Aulizio, sulla questione non è affatto reticente: “Chiediamoci il perché. Se si sceglie di bloccare il turnover dei medici e degli infermieri (ricordiamo che ogni 4 medici in pensione solo 1 può essere sostituito) il risultato non può che essere quello di una mancanza di personale che, di conseguenza, si traduce in posti letto tagliati”.

► Un problema culturale

“Ci si vanta nel dire che meno si sta in ospedale - sottolinea Aulizio - meglio è. Non è sempre co-

si. Pensiamo ad esempio a quanti pazienti vengono dimessi prima del completamento del percorso di cure: la convalescenza non dovrebbe essere un periodo di ulteriori cure, invece è così, e spesso avviene su un territorio sprovvisto di strumenti e strutture adeguate ai bisogni dei cittadini”.

La nota amara nelle parole di Aulizio si avverte quando il pensiero viaggia inesorabilmente indietro di dieci anni, quando nei documenti allegati al piano sanitario 2006-2008 “avevamo previsto un elenco di patologie trattabili sul territorio dagli Ospedali di Comunità o le Case della Salute: sono già dieci anni che si annuncia la fine della cultura ospedalocentrica: ad oggi non è stato fatto abbastanza”.

Per Aulizio il territorio nella realtà ha subito il trasferimento di modelli operativi appartenenti al mondo ospedaliero, inglobandone sul territorio anche il personale. “Una realtà - spiega - che alcune Regioni hanno millantato come investimenti sul territorio. Ma non è affatto così, al massimo, abbiamo assistito ad una trasmis-

sione sul territorio di personale, modalità organizzative e operative di secondo livello”.

Sono passati 20 anni e il paradosso è che, ancora oggi, gli Ospedali di Comunità continuano a rappresentare una speranza. Una speranza destinata a restare tale, risucchiata dalle sabbie mobili della palude burocratica che caratterizza sempre più il nostro Ssn. Una palude che ha fatto sprofondare ai margini la Medicina Generale, che ha perso identità e ruolo, così da poter essere propedeutica a un sistema sanitario in veloce declino e povero di reali innovazioni.

Al riguardo Aulizio rammenta: “Gli OdC verso la metà degli anni '90 rappresentavano un sogno: équipe territoriali e associazionismo dal basso come fonti di cambiamento per un sistema che, soprattutto in alcune Regioni, viaggiava verso innovazione e sostenibilità. Oggi lo scenario è diverso e proprio quelle Regioni che hanno fatto da traino tra sprechi, corruzione e mancanza di risorse, sono oramai da tempo ferme al palo”.

► La contrapposizione tra Mmg e infermieri

Sugli Ospedali di Comunità infatti continua a regnare la confusione. La nuova polemica vede protagonisti i Mmg e gli infermieri. Al centro del dibattito, la decisione del Governo e delle Regioni di ripensare gli standard ospedalieri e nel farlo di specificare che gli OdC sono *‘a gestione infermieristica’*. “Parlare di ospedali e strutture gestite dagli infermieri è un falso ideologico oltre che un modo di esprimersi ambiguo - so-

stiene Aulizio - sappiamo tutti che la presenza h24 degli infermieri è strategica e che la responsabilità sanitaria sarà sempre in carico al medico, non si capisce quindi cosa significhi questa ‘gestione’ da parte del personale infermieristico”.

Ma Aulizio è convinto che in quella dicitura si nasconda ben altro: “Nel regolamento sugli OdC c’è un retro-pensiero che è quello di marginalizzare i medici pur facendo mantenere loro la piena responsabilità della struttura. Si sa, gli infermieri costano meno”.

La discussione in atto e la contrapposizione tra medico-infermiere rappresenta quindi un falso problema e devia dalle reali criticità che hanno messo in crisi il nostro Ssn e il cui perno fa leva su tre elementi: modello aziendale della sanità, marginalizzazione del Mmg e scarsa (o nulla) innovazione.

► Il nostro Ssn come il Titanic

Insomma quello dello sviluppo territoriale delle cure primarie e intermedie è un cambiamento mancato che vede protagonista suo malgrado il medico di famiglia, mai diventato quel “regista del territorio” promesso in molti documenti ufficiali. “Sono state molte le operazioni mal calibrate dai governi che si sono succeduti negli anni, su tutte la mancata programmazione del ricambio generazionale, ma anche i tagli ricevuti anno dopo anno proprio da quelle strutture che avrebbero potuto, e dovuto, garantire un minor ricorso agli ospedali: tagli la maggior parte delle volte arrivati ex lege, altre da sottili mo-

dalità di pressione indiretta, infine il “riciclo” dei medici ospedalieri sul territorio e, dal punto di vista del lavoro quotidiano, i software utilizzati dai colleghi spesso sono una estensione sul territorio di quelli utilizzati in ospedale”.

Un territorio quindi in perenne sofferenza: “Il mio territorio è emblematico - conclude Aulizio. Quando un paziente viene dimesso a Faenza trova un Ospedale di Comunità pronto ad accoglierlo con una decina di medici specialisti, il suo medico di famiglia, infermieri e un’assistenza h24; ma basta spostarsi di pochi chilometri e siamo a Brisighella, una realtà lontana anni luce da quella di Faenza. Occorre ricordare che la legge finanziaria del 1992 (25 anni fa!) imponeva la chiusura o la riconversione dei presidi ospedalieri sotto i 120 posti letto: cosa è stato fatto in quei territori dove sono state chiuse le strutture? Proprio queste disomogeneità territoriali, non solo Nord - Sud, come spesso si legge ma anche a pochi chilometri di distanza, mostrano una carenza ministeriale, nazionale, con la quale è arrivato il momento di fare i conti”.

“La verità - conclude Aulizio - è che il nostro servizio sanitario è come il Titanic: in coperta si balla mentre la stiva imbarca acqua. E andiamo verso la tragedia”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giancarlo Aulizio

Va veloce la riforma lombarda per le cronicità

La Regione inserisce l'ultimo tassello della riforma dell'assistenza alle cronicità con l'approvazione di una nuova delibera che definisce i particolari del ruolo del 'gestore' che avrà la titolarità della presa in carico di questi pazienti cronici e/o fragili

// Un modello unico che migliorerà la qualità di vita dei lombardi garantendo una maggiore appropriatezza". Così **Giulio Gallera**, assessore regionale al welfare ha definito l'ultimo provvedimento approvato dalla Regione sul riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici. "Nel provvedimento - ha spiegato -, che attua quanto previsto dal 'Piano nazionale della cronicità', abbiamo definito nello specifico il ruolo del 'gestore' cioè di chi sarà titolare della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili e garantirà il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori. Possono essere gestori, le strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate e a contratto con il Sistema Sanitario Lombardo, le cooperative di medici di famiglia, il Mmg singolo come co-gestore di una struttura accreditata e a contratto".

► Il gestore

"La Regione ha sempre sottolineato l'importanza di attribuire nella riforma un ruolo cardine al Mmg. Sarà lui - precisa - a scegliere come aderire al nuovo sistema: in qualità di gestore, organizzandosi in forme

associative, sotto forma di co-gestore, collaborando con i soggetti gestori con cui redige il Piano Assistenziale Individuale (Pai) e sottoscrive il 'Patto di cura'. Nel caso non intenda partecipare alla presa in carico, potrà comunque ricevere il Pai dal gestore scelto dal suo paziente, sul quale è chiamato a esprimere il proprio parere".

Il gestore non deve superare la quota massima di 200.000 pazienti presi in carico contemporaneamente, sottoscrive il patto di cura con il paziente e redige il Pai; prende in carico proattivamente il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni; eroga le prestazioni previste dal Pai, direttamente o tramite partner di rete accreditati; monitora l'aderenza del paziente al percorso programmato. "Per consentire l'attuazione del Pai - ha spiegato Gallera - ci sono alcune funzioni di assistenza dal quale il gestore non può prescindere e che deve garantire. Le funzioni sono ricomprese in due macro ambiti: organizzativo e tecnologico. In merito al primo deve essere dotato di figure professionali inquadrare tra personale infermieristico, assistenti sociali e personale amministrativo; sul fronte tecnologico, invece, deve garanti-

re un accesso rapido e facilitato del paziente a tutte le prestazioni programmate ed effettuate; infine, deve permettere la condivisione di tutte le informazioni del percorso di cura tra i diversi utenti, quali erogatore, medici di medicina generale, medici specialisti, Rsa, centri diurni, eccetera. Affinché chi si candida a diventare gestore possa avere contezza del servizio e prestazioni che dovrà garantire si è introdotto lo strumento *set* di riferimento. Si tratta dell'insieme delle attività correlate alla patologia cronica che contribuiscono a individuare la tariffa. Sulla base di questo *set* le tariffe di presa in carico, all'anno, saranno: pari a 35 euro per i pazienti mono patologici (livello verde); pari a 40 euro per i pluri patologici (2/3 patologie - livello giallo; pari a 45 euro per i pazienti con più di 4 patologie (livello rosso). L'idoneità dei gestori sul territorio è valutata, dall'Ats competente, sulla base della modalità di erogazione delle attività di presa in carico; sulla completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia o *set* di riferimento per cui si candida; sulla copertura dell'area territoriale e sul coinvolgimento Mmg e dei PIs)".

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Nuova strategia terapeutica per lo scompenso cardiaco

■ **DERMATOLOGIA**

Stagione estiva e psoriasi: consigli comportamentali

■ **DIABETOLOGIA**

Trattamento dell'iperglicemia nell'anziano diabetico

■ **ENDOCRINOLOGIA**

Elementi di buona pratica clinica nell'ipovitaminosi D

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Relazione tra microbiota e steatosi epatica non alcolica

■ **IMMUNOLOGIA**

Recenti acquisizioni sulla sindrome da fatica cronica

■ **TOSSICOLOGIA**

Nessun allarmismo, ma attenzione al morso del "ragno violino"

■ **MALATTIE RARE**

Ipertensione arteriosa polmonare e difficoltà diagnostiche

■ CARDIOLOGIA

Nuova strategia terapeutica per lo scompenso cardiaco

Il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco si può avvalere di un nuovo approccio terapeutico. Anche in Italia è arrivata infatti la rimborsabilità per sacubitril/valsartan, farmaco che ha dimostrato di essere in grado di ridurre significativamente la mortalità per cause cardiovascolari e ricoveri rispetto alla terapia di riferimento, in pazienti con scompenso cardiaco di classe II-IV e frazione di eiezione ridotta.

“Nella terapia dello scompenso cardiaco, in effetti, c'erano dei bisogni insoddisfatti” - spiega **Michele Senni**, Direttore della Cardiologia 1 all'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Infatti, si ha un miglioramento della sopravvivenza dei pazienti seguiti negli ambulatori, “ma il problema è quando il paziente cronico viene riospedalizzato, perché con l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco la mortalità sale di quasi 5 volte: raggiunge quasi il 30% di mortalità”.

L'altro fabbisogno riguardava la necessità di migliorare gli effetti degli ACE-inibitori e dei sartani. Infatti, prosegue Senni: “La riduzione di mortalità che hanno ottenuto è circa la metà di quella che

hanno ottenuto i beta-bloccanti e gli anti-aldosteronici”, cioè del 16-17%.

► **Innovativo meccanismo d'azione**

Il farmaco è il primo di una nuova classe terapeutica, gli ARNI (antagonisti del recettore della nepriliosina e del recettore dell'angiotensina) e rappresenta la prima grande innovazione terapeutica nel campo dello scompenso cardiaco cronico da almeno 15 anni a questa parte.

Sacubitril/valsartan ha un meccanismo d'azione che consente, per la prima volta, di potenziare gli effetti del sistema dei peptidi natriuretici mantenendo contemporaneamente l'inibizione del sistema renina-angiotensina.

Una strategia di successo, come dimostrano anche i risultati di PARADIGM-HF (*N Engl J Med* 2014; 371: 993-1004), il più grande studio clinico mai condotto fino ad ora nello scompenso cardiaco cronico a frazione di eiezione ridotta, che ha coinvolto 8.400 pazienti nel mondo.

Nel trial sacubitril/valsartan è stato confrontato con enalapril, che rap-

presenta lo standard di terapia nello scompenso cardiaco. I risultati ottenuti hanno mostrato, rispetto a enalapril, una riduzione della mortalità cardiovascolare del 20%, dell'ospedalizzazione per scompenso cardiaco del 21% e della mortalità per tutte le cause del 16%.

Risultati questi che nella pratica clinica si traducono non solo in un allungamento dell'aspettativa di vita, ma anche in un miglioramento della sua qualità; la fame d'aria e la grave stanchezza tipiche dello scompenso, infatti, si riducono sensibilmente e il paziente può tornare gradualmente ad una vita più attiva.

Lo scompenso cardiaco è un importante problema di salute pubblica e lo diventerà sempre più per l'invecchiamento della popolazione e il progresso del trattamento delle malattie cardiovascolari. Attualmente colpisce infatti l'1-2% della popolazione italiana (*G Ital Cardiol* 2016; 17: 570-93) ed è tuttora la prima causa di morte tra le patologie cardiovascolari, con una mortalità a 5 anni dopo un ricovero per scompenso cardiaco del 40-50% (*Eur J Heart Fail* 2012; 14: 176-84).



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Michele Senni, Claudio Rapezzi,

Giuseppe Maiocchi, Maria Rosaria Di Somma

■ DERMATOLOGIA

Stagione estiva e psoriasi: consigli comportamentali

Per i pazienti con patologie cutanee, in particolare con psoriasi, l'estate è un momento difficile, tanto che anche in spiaggia tendono a nascondere le lesioni rimanendo vestiti. Questi pazienti spesso rinunciano alla vita all'aria aperta anche nella bella stagione e non è raro che mostrino segni di depressione. Oltre al disagio e alla vergogna esiste un vero e proprio problema di stigma, tale che la legge "American Disability Act" protegge queste persone dalle discriminazioni sul luogo di lavoro.

Per i psoriasici l'arrivo della bella stagione può essere dunque un'arma a doppio taglio: se il sole e l'acqua di mare in alcuni casi possono migliorare l'aspetto delle lesioni cutanee e un clima caldo-umido mantiene la pelle più morbida, gli sbalzi di temperatura, l'aria condizionata e il cloro possono scatenare il rilascio di sostanze che possono aumentare la secchezza e il prurito, scatenare fenomeni infiammatori e recidive con un peggioramento dei sintomi.

► Stile di vita

"Le persone con psoriasi beneficiano dell'esposizione al sole purché

questa sia effettuata gradualmente e con adeguata fotoprotezione (SPF50), rinnovando l'applicazione ogni due ore ed evitando l'esposizione nelle ore centrali della giornata" - spiega **Andrea Costanzo**, Ordinario di Dermatologia all'Università Humanitas di Milano. "Ustioni e scottature possono scatenare la riattivazione della psoriasi o portare allo sviluppo di nuove placche. Le scottature attivano un vero e proprio "fenomeno di Koebner", ossia lo sviluppo di placche nelle zone soggette a uno stimolo fisico come la scottatura solare o meccanico come lo sfregamento o traumi locali". Fondamentale è che i pazienti mantengano la pelle costantemente idratata.

► Moderni farmaci

"Alcuni pazienti decidono arbitrariamente di diminuire o, peggio, interrompere le terapie proprio in questo periodo - continua Costanzo. Ma la cosiddetta 'vacanza terapeutica' che veniva consigliata nel periodo estivo in cui venivano sospesi i farmaci di vecchia generazione come gli immunosoppressori non è più necessaria. Le nuove terapie personalizzate, sono più

efficaci, sicure e non hanno problemi di tossicità, non devono essere sospese e mantengono gli effetti a lungo termine". Sono oggi disponibili infatti moderni farmaci che si dimostrano efficaci già dalle prime settimane e che permettono di ottenere la clearance cutanea completa sino al 90 e 100%, come ixekizumab, farmaco presentato al recente congresso SIDeMaST (Sorrento, 3/6 maggio 2017).

In Italia sono stati introdotti di recente, ed è imminente una nuova immissione in commercio, farmaci diretti non contro il fattore TNF α ma contro l'IL17. Ma sono molto attesi anche i risultati, nella pratica clinica, di farmaci assunti per via orale, fra i quali quelli denominati "small molecule", che agiscono con meccanismo diverso dai precedenti, sempre tuttavia avendo come bersaglio uno dei punti cruciali della genesi della malattia.

Un altro errore che interessa il 25% circa dei pazienti con malattie autoimmuni, quindi anche con psoriasi, sono le cure "fai da te". "Sappiamo che alcune terapie sono difficili da gestire, prevedono modalità di assunzione complicate o effetti collaterali sgraditi" - sottolinea Costanzo. "Quindi una buona comunicazione e l'alleanza terapeutica col curante sono fondamentali per garantire l'aderenza del paziente alla terapia. In questa ottica terapie sempre più maneggevoli a rapida efficacia rafforzano la motivazione del paziente, specialmente nelle forme moderate-gravi".

■ DIABETOLOGIA

Trattamento dell'iperglicemia nell'anziano diabetico

In Italia, secondo dati Istat, nel 2015 il diabete presentava una prevalenza del 5.4% nella popolazione generale, ma colpiva il 15.2% dei soggetti tra 65 e 74 anni e il 19.8% della popolazione ultra-75enne. L'analisi dell'Osservatorio Arno ha permesso di identificare circa 550.000 persone con diabete, corrispondenti ad una prevalenza del 6,2% nei maschi e del 5,2 nelle femmine, un dato più che doppio rispetto a quello di 30 anni fa, con un aumento dei casi noti di circa il 70% in 18 anni. Oltre il 65% dei diabetici si colloca nella fascia di età superiore ai 65 anni, con quasi un paziente su 4 di età pari o superiore a 80 anni.

Secondo l'indagine Oec/Hes nella fascia di età 75/79 anni, il valore medio della glicemia a digiuno è elevato in entrambi i generi e tendenzialmente maggiore negli uomini rispetto alle donne (110 mg/dl rispetto ai 104 mg/dl). Un quadro analogo si nota per la prevalenza di diabete, che risulta veramente elevata nella popolazione anziana (75/79 anni): circa un quarto degli uomini (27.7%) e un quinto delle donne (18.9%) della classe di età esaminata risultava diabetico.

È anche su questi numeri che la

Società Italiana di Diabetologia (SID) e la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) hanno elaborato il position paper congiunto 'Personalizzazione del trattamento dell'iperglicemia nell'anziano con diabete di tipo 2'.

► L'anziano fragile

Il testo del documento è particolarmente articolato e dopo l'epidemiologia viene dato spazio alla definizione di "anziano fragile". Secondo Fried la fragilità può essere definita come una condizione caratterizzata da una riduzione della riserva funzionale con incremento della vulnerabilità età dipendente (la cosiddetta fragilità pre-clinica) (*Biol Sci Med Sci 2001; 56A: M146-M156*).

Eventi acuti, che in soggetti non fragili vengono facilmente gestiti, possono far precipitare il quadro clinico in soggetti con fragilità preclinica. Tipico esempio di evento acuto, che può realizzare un quadro di criticità in un soggetto fragile, è rappresentato dallo scompenso glicometabolico acuto, sia iper- che, ed in maggior misura, ipo-glicemia. Perciò in tali soggetti è ancora più necessario un attento monitoraggio del compenso glicometabolico.

► Altri temi

Dieta mediterranea e attività fisica aerobica, alternata a esercizi di resistenza e di stretching sono parte fondamentale del trattamento; è necessario anche evitare la sedentarietà, alzandosi dal letto o dalla sedia ogni 90 minuti al massimo. L'educazione all'auto-monitoraggio della glicemia è molto importante anche in questa fascia d'età, ma andranno scelti glucometri con numeri grandi o con messaggio vocale per le persone con problemi di vista. L'obiettivo da raggiungere anche nell'anziano - sottolineano gli specialisti nel documento - è una emoglobina glicata inferiore al 7 per cento, ma in caso di fragilità o di impiego di farmaci a rischio ipoglicemia, si può alzare l'asticella fino all'8 per cento.

La metformina resta il farmaco di prima scelta, a meno che non ci sia un'insufficienza renale di grado elevato o uno scompenso cardiaco importante. Tra gli altri antidiabetici orali la scelta dovrebbe cadere su quelli non a rischio ipoglicemia, quali gli inibitori di DDP-4, da preferire alla repaglinide e alle sulfoniluree, che andrebbero al contrario evitate perché possono dare ipoglicemie gravi.

■ Il position statement "Personalizzazione del trattamento dell'iperglicemia nell'anziano con diabete tipo 2" è disponibile in:

- www.sigg.it
- www.siditalia.it

■ ENDOCRINOLOGIA

Elementi di buona pratica clinica nell'ipovitaminosi D

Diagnosi, appropriatezza prescrittiva, monitoraggio della terapia sono gli elementi cardine di una buona pratica clinica dell'ipovitaminosi D. Elementi che sono stati puntualizzati nel documento "La vitamina D: un ormone essenziale per la salute scheletrica" redatto da GIOSEG - Gruppo di Studio sull'osteoporosi da glucocorticoidi e sull'endocrinologia dello scheletro (in www.gioseg.org è consultabile l'intero documento).

"Dalla letteratura abbiamo evidenze consolidate che l'ipovitaminosi D sia una condizione dannosa per il metabolismo osseo, rappresentando un importante fattore concausale di fragilità scheletrica e di rischio fratturativo e che, soprattutto nella popolazione anziana, possa vanificare l'effetto di alcuni farmaci, per esempio dei farmaci anti-osteoporotici, mettendo a rischio la salute dei pazienti e andando ad incidere in modo significativo sui costi sanitari - ha sottolineato **Andrea Giustina** - Presidente GIOSEG, Ordinario di Endocrinologia e Metabolismo all'Università Vita e Salute San Raffaele Milano, nonché presidente della Società Europea di Endocrinologia. In caso quindi di diagnosi di ipovitaminosi D è necessario iniziare la supplemen-

tazione di colecalciferolo come raccomandato dalle linee guida di riferimento, da somministrare con la frequenza e alle dosi richieste dalla severità della ipovitaminosi".

► La diagnosi

Per gli esperti è ragionevole affermare che valori circolanti di 25OHvitaminaD (marcatore dello stato vitaminico) <30 ng/ml riflettono una condizione sfavorevole per la salute ossea, un ridotto assorbimento del calcio e di conseguenza una scarsa mineralizzazione ossea.

"Va sottolineato che la vitamina D non è l'unico fattore che aiuta a preservare la massa ossea - ha continuato Giustina - in quanto è legata a doppio filo con il fabbisogno di calcio e con il suo introito giornaliero, fondamentale ai fini dell'efficacia terapeutica. Il calcio, a differenza della vitamina D, può essere integrato tramite l'alimentazione, è essenziale quindi che il paziente avvii un corretto regime alimentare che preveda il giusto apporto di calcio. Studi scientifici hanno infatti dimostrato che la somministrazione del colecalciferolo in presenza di un basso introito di calcio non sia analogamente efficace".

Nonostante la latitudine favorevole

del nostro territorio gli italiani soffrono di ipovitaminosi D anche in giovane età. A questo aumento di incidenza corrisponde un aumento di prescrizioni di supplementazione farmacologica. Tra i fattori che hanno contribuito in maniera significativa al loro aumento c'è da un lato la maggiore attenzione della classe medica per le patologie scheletriche correlate alla carenza di vitamina D, dall'altro il reale aumento della prevalenza di ipovitaminosi dovuto sia all'invecchiamento della popolazione che alle modifiche degli stili di vita. Ogni valutazione da parte di medici e decisori sanitari va fatta tenendo conto del rapporto rischio-beneficio, non solo del costo economico.

Dunque quando correggere l'ipovitaminosi D? "La supplementazione di vitamina D - conclude Giustina - è una vera e propria terapia, e come tale va trattata. L'appropriatezza prescrittiva è un nodo fondamentale che riguarda sia i dosaggi che il monitoraggio: a seconda che si debba trattare o prevenire una condizione di carenza, è bene diversificare e personalizzare i dosaggi ormonali, sia in fase prescrittiva che in fase di follow-up, tenendo conto dell'età e della presenza di patologie concomitanti. Va comunque tenuto presente che dosi giornaliere di colecalciferolo inferiori a 800 UI sono inefficaci nella prevenzione delle fratture, l'evento che vogliamo evitare, ma attenzione anche ai dosaggi elevati somministrati in bolli che possono determinare un fenomeno di inibizione paradossa della mineralizzazione".

■ GASTROENTEROLOGIA

Relazione tra microbiota e steatosi epatica non alcolica

Sempre più spesso riportata nei referti di esami ecografici eseguiti per altre finalità, o in seguito al riscontro casuale di una persistente ipertransaminasemia, la steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è divenuta un problema emergente, tanto da rappresentare la causa più frequente di epatopatia cronica nella pratica clinica ambulatoriale. In base ai dati di studi di popolazione, circa 1/4 degli italiani adulti sarebbe affetto da NAFLD. La gestione dei pazienti con NAFLD consiste fondamentalmente nel trattare la patologia epatica e le comorbidità associate (obesità, dislipidemia, diabete). Molti studi indicano che modificazioni dello stile di vita possano ridurre i valori di transaminasi e il grado di steatosi. La perdita di peso ottenuta mediante dieta ipocalorica (ridotto introito di carboidrati e acidi grassi saturi, cibi raffinati, alcol ed in particolare delle bevande contenenti fruttosio, componente alimentare che più chiaramente è risultato associato con NAFLD/NASH negli studi epidemiologici) in combinazione all'esercizio fisico (lavoro aerobico e di resistenza) ed al consumo di acidi grassi polinsaturi (gli acidi grassi omega-3 interrobbero in particolare riducendo l'infiammazione, *primum movens* della fibro-

genesi) spesso è sufficiente a determinare una regressione/miglioramento della steatosi (*Raccomandazioni sulla NAFLD. Aisf-Simg, 2016*).

► Coinvolgimento del microbiota

Sul ruolo del microbiota nella NAFLD sono intervenuti gli esperti della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (Sige).

“Nel corso degli ultimi millenni - spiega **Antonio Craxì**, presidente Sige - l'evoluzione costante della specie umana ha selezionato gli individui più capaci di accumulare grassi, premiandone la maggiore resistenza alla malnutrizione. Questo assetto genetico 'frugale' costituiva un importante vantaggio in tempi di fame e carestie, ma si è trasformato in uno svantaggio potenzialmente letale per le conseguenze metaboliche (diabete, malattie cardiovascolari), nel momento in cui il nostro profilo alimentare si è arricchito a dismisura di fonti caloriche e nel contempo l'attività fisica si è ridotta. Se nasciamo già predisposti ad accumulare troppo, a peggiorare le cose generando una vera e propria epidemia di fegato grasso interviene una dieta ricca di grassi e di calorie, tipica dei regimi dietetici di tipo occidentale.

Negli ultimi anni, tuttavia, ci si è reso conto che questo effetto negativo del 'cibo spazzatura' non è sempre diretto, ma anche mediato dal microbiota intestinale”.

“Sappiamo che una ridotta variabilità del microbiota intestinale aumenta la suscettibilità allo stress ossidativo, altera il metabolismo degli zuccheri e dei grassi e quindi predispone a una serie di patologie tra cui anche alla NAFLD - osserva **Ludovico Abenavoli**, dell'Università Magna Graecia di Catanzaro.

Chi consuma una dieta ricca di frutta e verdura ha un microbiota ricco di tante specie batteriche diverse (Actinobatteri, Bacteroides, Firmicutes, Proteobatteri), mentre chi indulge nel cibo da fast food presenta un microbiota ricco solo di Firmicutes. Questo squilibrio predispone a maggior stress ossidativo, a un aumento della permeabilità a livello dell'intestino, con conseguente passaggio delle tossine batteriche e di altre componenti tossiche nel circolo portale che le veicola al fegato, dove provocano danni e facilitano l'infiammazione.

“Questo microbiota induce un aumento dei livelli circolanti di citochine infiammatorie, che predispongono alla formazione della placca ateromatosa e favoriscono l'aggregazione piastrinica. Fattori, questi, che a loro volta predispongono allo sviluppo di eventi cardiovascolari nel medio-lungo termine. La dieta mediterranea - ricorda Abenavoli - bilanciata e facilmente accessibile, non determina quegli squilibri nutritivi e consente di 'coltivare' al meglio il nostro microbiota”.

■ IMMUNOLOGIA

Recenti acquisizioni sulla sindrome da fatica cronica

Nei suoi aspetti eziopatogenetici e clinici la sindrome da fatica cronica/encefalomielite mialgica (Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis, CFS/ME) è una patologia non ben definita che, anche per questo, stimola un vivace dibattito fra clinici e ricercatori. In generale il sintomo fatica è sottostimato o poco considerato nonostante rappresenti il 25% dei pazienti dello studio di un medico di medicina generale. Tuttavia la fatica, acuta o cronica, è un sintomo di malattia o disturbo della cenestesi al quale corrispondono definizioni differenti, a seconda del contesto fisiopatologico in cui il fenomeno si estrinseca. Quando una stanchezza è severa e prolungata nel tempo, cioè una vera e propria spossatezza, può essere il segno principale di una CFS.

“L'eziologia della CFS rimane sconosciuta ma potrebbe essere una risposta esagerata del sistema immunitario a virus, batteri o funghi, come fa pensare il fatto che la malattia spesso insorge dopo un'infezione - spiega il prof. **Umberto Tirelli**, oncologo dell'Istituto Nazionale Tumori di Aviano, ricercatore e punto di riferimento per questa invalidante situazione clinica.

Tra le novità della ricerca va segnalato che l'esperto ha individuato, attraverso un test genetico, delle anomalie di geni legati al metabolismo muscolare, energetico ed immunologico. Inoltre, nell'ambito di un progetto strategico sulla medicina di genere del Ministero della Salute, Agenas ha presentato le linee guida sulla CFS, di cui Tirelli è uno degli autori.

La CFS colpisce soprattutto i giovani con un interessamento prevalente a carico del sesso femminile e lascia spesso per molti anni una situazione così invalidante fisicamente che impedisce ai pazienti di lavorare o a studiare.

“All'INT di Aviano sono stati compiuti una serie di studi, tra i quali la valutazione delle alterazioni immunologiche nei pazienti con CFS, la valutazione delle alterazioni cerebrali con una sofisticata metodologia di diagnosi radiologica, la PET, l'eventuale rapporto della CFS con i tumori maligni - continua Tirelli. Sono allo studio farmaci, in particolare immunoglobuline ad alte dosi, magnesio, acetilcarnitina, antivirali come amantadina e acyclovir ed immunomodulatori come timopentina.

Purtroppo per ora non vi è alcun

farmaco in grado di guarire definitivamente la malattia, anche se spesso i pazienti possono trarre dei benefici da interventi farmacologici (antivirali, corticosteroidi, immunomodulatori, integratori) e da modifiche dello stile di vita, portando in alcuni casi alla guarigione e in un discreto altro numero a miglioramenti significativi della sintomatologia.

► Ossigeno-ozonoterapia

“L'ossigeno-ozonoterapia sembra essere il trattamento più efficace. L'ozono è un gas instabile che, miscelato all'ossigeno, ha una potenziale attività benefica come trattamento coadiuvante di ampio spettro, e in alcune situazioni l'effetto farmacologico è mirato e altamente energetico. L'ozono ha inoltre un'azione antalgica, un'azione antifettiva, un'azione immunostimolante, un'azione con aumento della resistenza allo sforzo che favorisce l'utilizzo dell'ossigeno corporeo. L'ozono ha quindi una efficacia dimostrata nella fatigue correlata al cancro, nella sindrome da fatica cronica e nella fibromialgia. Negli ultimi tempi abbiamo impiegato in 140 casi di CFS e fibromialgia l'ossigeno-ozonoterapia, ottenendo una riduzione significativa della sintomatologia di affaticamento nell'80% dei pazienti” - conclude Tirelli.

Bibliografia

- www.agenas.it/agenas.pdf/Chronic_Fatigue_Syndrome_CFS.pdf

■ TOSSICOLOGIA

Nessun allarmismo, ma attenzione al morso del “ragno violino”

Tra i ragni che rivestono importanza medica in Italia, il *Loxosceles rufescens* - noto anche come ragno violino o ragno eremita - è un piccolo ragno sinantropico, che in caso morda accidentalmente l'uomo inocula enzimi i cui effetti locali e/o sistemici possono essere gravi, avendo una azione necrotica. “Non dobbiamo creare allarmismi, ma ultimamente la presenza di questo ragno è più diffusa, a causa del cambiamento climatico a cui stiamo assistendo, soprattutto dell'aumento delle

temperature in inverno. Se in precedenza il suo habitat naturale erano le zone costiere ora è osservabile in tutte le stagioni anche nelle abitazioni del Nord Italia” - chiarisce a **M.D. Franca Davanzo**, Direttore del Centro Antiveneni dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, il centro che ha raccolto il maggior numero di casi nel nostro Paese. “Il paziente che si presenta all'attenzione del Mmg con sospette lesioni che abbiano caratteristiche diverse rispetto ai soliti pomfi che si verifica-

no in seguito a morsicature di ragni dovrebbe essere inviato a un centro antiveleni” - raccomanda l'esperta.

► Meccanismi

I danni causati dal morso del *Loxosceles rufescens* sono dovuti a due meccanismi concomitanti.

Il veleno contiene enzimi in grado di attaccare i tessuti provocandone la necrosi. Inoltre può causare effetti sistemici con febbre, aumento delle dimensioni dei linfonodi, cefalea, tachicardia ed alterazione degli esami di laboratorio.

“Alcuni individui di *Loxosceles* ospitano però come simbionti particolari germi (*Clostridium*) in cavità orale, che si sviluppano bene in ambienti privi di ossigeno, e anche da soli, insediandosi su lesioni conseguenti a traumi, possono causare gravi patologie; la loro azione provoca infatti il dissolvimento dei tessuti, il che in questo caso agevola il ragno che deve cibarsene. Quando questi germi vengono inoculati dal morso, trovano nei tessuti necrotizzati dal veleno un ambiente favorevole ove proliferare, aggravando considerevolmente il quadro clinico” - continua Davanzo.

► Segni e sintomi

Il suo morso in un primo momento non viene avvertito o provoca un modesto fastidio e viene quindi facilmente sottovalutato.

“Nelle ore successive inizia a comparire una lesione arrossata (colorito dapprima rosso acceso e poi più scuro) con edema che tende ad estendersi, con prurito, bruciore e

***Loxosceles rufescens*, il cosiddetto “ragno violino o ragno eremita”**

Si tratta di un ragno di colore marrone-giallastro con lunghe zampe, il corpo può raggiungere dimensioni di 7 mm (nel maschio) 9 mm (nella femmina). Spesso sul cefalotorace è presente una macchia scura a forma di violino col manico che si estende verso l'addome, caratteristica da cui deriva il nome comune del ragno. La sua zona nativa copre il bacino del Mediterraneo e il vicino Oriente. La specie è da considerarsi cosmopolita essendosi praticamente diffusa in tutto il mondo tramite trasporto passivo (merci). In Italia era presente principalmente nell'area mediterranea, ma il *Loxosceles rufescens*, nonostante costruisca una tela, caccia attivamente nelle ore notturne, quindi è facile ritrovarlo in casa o



www.shutterstock.com

© Silvanix 2014

nei pressi delle abitazioni, oggi anche nell'Italia settentrionale. Questo aumenta la probabilità di essere morsi, soprattutto da ragni di sesso maschile. Di giorno rimane rintanato in anfratti e fessure; nelle abitazioni può trovare riparo dietro a mobili, battiscopa, sotto scatole di cartone o anche all'interno di guanti, calzature, tra la biancheria soprattutto in bagno, in solai e scantinati, ecc. Unica prevenzione è la pulizia accurata degli ambienti.

Figura 1

Cronologia della lesione in un paziente (aprile 2017)



formicolii, dolore via via sempre più invalidante. La lesione nell'arco delle 48-72 ore successive può diventare necrotica e può ulcerarsi". Nei casi più gravi la necrosi può interessare anche estesamente i tessuti profondi, talvolta con compromissione permanente della muscolatura. Le immagini riportate (*figura 1*) sono rappresentative delle conseguenze del morso in un paziente milanese inviato nell'aprile 2017 dal proprio medico di famiglia al Centro Antiveneni di Niguarda, dove è stato trattato anche con ossigeno-terapia iperbarica con risoluzione del caso. Se il morso interessa un arto è importante che sia in posizione di riposo, in elevazione per favorire il drenaggio dell'edema. È importante lavare la

zona con abbondante acqua e sapone di Marsiglia eventualmente disinfettare (ipoclorito di sodio diluito allo 0,05% - amuchina). Oltre a sterilizzazione dell'ambiente, antibiotico-terapia e antistaminici, la camera iperbarica agisce molto rapidamente e favorisce la guarigione in tempi relativamente brevi.

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Franca Davanzo

Infobox per i pazienti

Protezione

- Evitare di maneggiare gli animali a mani nude
- Indossare guanti e calzature idonee in caso di attività a rischio (pulizie, rimozione di ragnatele, contatto con legna tagliata, giardinaggio, manipolazione di vecchie scatole, ecc.).
- Non sono utilizzabili antiparassitari o tecniche di disinfestazione specifiche in quanto questi animali non sono infestanti, la loro rimozione si effettua con cattura diretta. Per la pulizia dell'ambiente è meglio utilizzare l'aspirapolvere soprattutto negli angoli e lungo i battiscopa e nelle zone oscure (ricordiamo che è un animale che ama l'oscurità e si muove di notte)

Cosa fare in caso di sospetto morso

1. Lavare abbondantemente con acqua, meglio se calda
2. Privilegiare la disinfezione della zona con la soluzione diluita di ipoclorito di sodio allo 0,05%
3. Cercare di catturare l'animale e, anche se ucciso, conservarlo; l'identificazione è spesso possibile anche se il ragno risulta malamente danneggiato (schiacciamento, perdita di zampe), dato che nel *Loxosceles rufescens* gli occhi sono 6, disposti sul cefalotorace in tre coppie: una mediale e due laterali (tutti gli altri ragni ne hanno normalmente 8)
4. Telefonare al Centro Antiveneni
5. Se possibile effettuare una foto ed inviarla via sms o per mail, facendo sì, per quanto possibile, che la parte anteriore del corpo dove si trovano gli occhi sia ben visibile. Il ragno sarà sottoposto ad identificazione anche da parte degli esperti aracnologi dei Musei di Storia Naturale di Milano e di Bergamo, con cui il Centro Antiveneni è sempre in contatto.

Centro Antiveneni di Milano - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - 02.66101029

■ MALATTIE RARE

Ipertensione arteriosa polmonare e difficoltà diagnostiche

Nelle malattie rare il momento diagnostico rappresenta un aspetto cruciale, perché di esse spesso si conoscono poco i sintomi e poi perché spesso non vengono ipotizzate, ritardando talora "troppo" l'inizio di cure efficaci.

L'ipertensione arteriosa polmonare non fa eccezione. Malattia rara (in Italia sono circa 3000 le persone che ne sono affette), ha un ritardo diagnostico di 2-3 anni in media.

"Si tratta di una patologia che, a differenza di altre forme di ipertensione polmonare, non dipende da una patologia polmonare, né da una disfunzione sistolica o diastolica o valvolare del cuore sinistro, ma è caratterizzata da un'alterazione primitiva dei vasi polmonari, che determina un aumento delle resistenze e delle pressioni del circolo polmonare stesso. Questa condizione porta a uno scompenso destro, a un'ipertrofia del ventricolo destro e, se non diagnosticata in tempo e trattata adeguatamente, è associata ad un'elevatissima mortalità". È quanto ha spiegato a **M.D. Michele D'Alto**, Responsabile Centro sull'ipertensione polmonare della Cardiologia Sun, AO Monaldi di Napoli.

▶ Sintomi specifici

La difficoltà diagnostica è dovuta anche al fatto che i sintomi iniziali sono aspecifici: dispnea, affaticabilità, capogiri e crisi sincopali, sono infatti comuni a patologie cardiologiche e pneumologiche" - continua D'Alto.

Il percorso diagnostico è molto complesso e prevede l'esecuzione di numerosi esami come ecocardiogramma, prove spirometriche, TAC del torace con e senza contrasto, scintigrafia polmonare, cateterismo cardiaco, ma un aspetto che può essere determinante è l'interpretazione dei risultati, che vanno integrati e devono essere letti da occhi esperti.

L'invito è che, nel caso anche solo del sospetto, il paziente venga immediatamente indirizzato ad un Centro di riferimento dove potrà trovare un'équipe specializzata. Perché non basta un cardiologo o uno pneumologo, serve che anche il radiologo sia 'allenato' e riconosca, quindi, i segnali che altrimenti passerebbero inosservati.

▶ La terapia esiste

Fino agli anni '90 l'unica opzione terapeutica per questi pazienti era il trapianto di cuore-polmone o di polmo-

ne. Successivamente sono apparsi diversi trattamenti farmacologici con piccoli progressi che hanno visto migliorare la mortalità del 5-10% netto l'anno, con una sopravvivenza mediana che si è portata intorno ai 5-6 anni. Fino all'avvento della nuova classe di farmaci chiamati 'stimolatori della guanilato ciclastasi solubile', di cui riociguat è il capostipite.

Riociguat ha quindi un duplice meccanismo d'azione: sensibilizza sGC a NO endogeno in quanto stabilizza il legame NO-sGC. Inoltre, stimola direttamente sGC attraverso un diverso sito di legame, indipendentemente da NO. Riociguat stimola sGC e affronta in tal modo il problema associato alla carenza di NO, ripristinando la via NO-sGC-cGMP con conseguente aumento della generazione di cGMP.

Nel caso dei pazienti con ipertensione arteriosa polmonare la terapia è un percorso a piccoli passi e molti tentativi. Si tratta di un approccio terapeutico che viene modificato nel corso del tempo a seconda delle risposte terapeutiche che si ottengono.

Attualmente si riesce a stabilizzare circa il 70% dei pazienti e nel 20-25% dei casi si registra un miglioramento clinico significativo, che significa una qualità di vita accettabile.



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

Complessità clinica della demenza a corpi di Lewy

L'emblematica esperienza di una famiglia che si confronta con i primi segnali di una demenza a corpi di Lewy, è l'occasione per approfondire questa devastante malattia, le demenze in generale e le problematiche che ne limitano la loro comprensione

Ferdinando Schiavo - *Neurologo - Udine*

Eccoli che arrivano, i miei due angeli! Dai, sedetevi e mangiate! È il vostro piatto preferito. Poi mi direte come è andata a scuola... Marta e Arturo guardavano il vuoto davanti a loro, il vuoto dei piatti vuoti, delle assenze reali dei due angeli. Non li sollevava dalla preoccupazione il fatto di avere capito dalle parole del papà qualche giorno prima che non si trattava di angeli veri ma di due bambini immaginari, immaginati, che venivano a trovare la mamma da mesi, all'inizio ogni tanto e per pochi minuti, poi sempre più frequentemente, quasi ogni giorno e sempre più a lungo. Papà Eduardo interrogava i figli con uno sguardo perso, si aspettava una qualche spiegazione dal loro bagaglio culturale sicuramente superiore al suo. Ma Marta e Arturo erano stupiti e addolorati almeno quanto lui e del tutto impreparati a questa novità che aveva sconvolto la routine dei loro genitori. Mamma Gina era stata una maestra elementare per quarant'anni, una di quelle che lasciano il segno, impegnata a dare insegnamenti utili a tutti, con un occhio democraticamente più attento ai figli dei meno abbienti, ai più poveri, ai meno colti per destino, un destino che si poteva cambiare arricchendo il bagaglio del sapere. Era fisicamente sana nei suoi settantaquat-

tro anni ben portati e ricchi di interessi, almeno fino a pochi mesi prima. Un breve ma consistente fatto febbrile influenzale all'inizio dell'autunno sembrava aver cambiato qualcosa nel suo variegato panorama di interessi. Intanto, una notte aveva cominciato a "vedere i due angeli" e poi a rivederli per brevi flash... Ma poteva essere la febbre, si disse tra se Eduardo, anche se la febbre era sparita in due giorni e questo quindi non giustificava gli altri episodi che erano arrivati poco dopo prima di sparire del tutto. Non ritenne opportuno avvertire i figli, di impensierirli mentre, forti dei loro quarant'anni, erano impegnati a mantenere il lavoro e badare alle rispettive famiglie a qualche centinaio di chilometri di distanza. Per il resto Gina non era cambiata, a parte qualche perplessità di tanto in tanto su come preparare un piatto in cucina o sistemare gli indumenti stirati in armadio. Ecco, anche qualche errore nello stirare e prima ancora nel gestire i programmi di lavaggio in lavatrice.

► **Condivisione con i figli**

Eduardo, strano per la sua generazione, era uomo "di casa", sapeva usare gli elettrodomestici, era in grado di stirare con cura le sue camicie. Per

questo annotava con stupore e preoccupazione quanto gli stava accadendo attorno saltuariamente.

Dopo qualche settimana gli angeli rifecero capolino, più spesso a tavola in uno dei due appuntamenti principali quotidiani col cibo. Una domenica Gina aveva persino apparecchiato la tavola per quattro e si era spesa a parlare coi due angeli per almeno un'ora. Il medico, per telefono, non gli aveva dato peso e aveva suggerito un po' di valeriana.

A un certo punto, dopo un nuovo pranzo a quattro la domenica successiva, Edoardo uscì di casa con una scusa e chiamò al telefono i due figli. Stavolta bisognava avvertirli, condividere domande, preoccupazioni e soluzioni!

Marta e Arturo, insegnante di scienze biologiche alle superiori la prima, avvocato esperto nei temi del lavoro l'altro, singolarmente frastornati, risposero che si sarebbero accordati tra di loro per raggiungere appena possibile i genitori. Lo richiamarono poco dopo per confermare che sarebbero venuti la domenica successiva in tempo per il pranzo, solo loro due, senza i rispettivi coniugi. E si sarebbero fermati una settimana.

E videro con malinconia la tavola già apparecchiata per sei. E poi la mam-

ma chiacchierare amorevolmente coi due angeli, la squisita zuppa di ceci rimanere intatta nei loro due piatti ed essere portata via senza altri commenti. Papà e figli capirono che era meglio non fare domande sulle due strane presenze: anzi, senza che si fossero messi d'accordo in anticipo, scelsero di spostare l'attenzione su altri argomenti, il loro lavoro, alcune esperienze da raccontare utili in quei momenti drammatici a condurre altrove l'attenzione della mamma.

La strategia funzionò splendidamente. Gina si indignò per alcune porcherie avvenute a scuola raccontate dalla figlia, rise di gusto per altre storie, si interessò ai possibili risvolti positivi della vita di Arturo. Insomma, dimenticò gli angeli a tavola.

Con quale scusa si poteva portare la mamma dal medico? E poi, da che tipo di medico? Arturo, dopo la telefonata del padre, aveva fatto in tempo a parlarne ad un suo amico anestesista, fratello di un medico di medicina generale. Dal breve consulto a tre era venuto fuori il consiglio di parlarne con uno psichiatra o un internista. Marta invece interpellò il marito gastroenterologo di una sua collega e trovò così anche la giustificazione per portare la mamma da lui in quanto era diventata stranamente stitica da circa due anni.

Lo specialista fu gentile ma non in grado di dare una spiegazione per la scomoda presenza degli angeli e consigliò una colonscopia che eseguì pochi giorni dopo e che risultò negativa.

► Prime consulenze specialistiche

A questo punto serviva uno psichiatra: ne fu trovato uno disposto a venire a casa (non si poteva andare nel suo studio: era chiarissimo da alcuni segnali, targhetta professionale ed altro, che tipo di specialista fosse!)

con la scusa di trovare un rimedio per la stitichezza essendo un luminare nell'uso di erbe curative.

Il finto erborista l'ascoltò attentamente, infine fece qualche domanda sugli angeli: Gina si mostrò dapprima titubante, poi ammise l'esistenza di queste visite all'ora di pranzo o cena. Erano vestiti coi grembiolini neri e il colletto bianco, precisò, biondi tutti e due e coi riccioli al vento, le cartelle appesantite da quaderni e libri. Sembravano loro da piccoli, rifletterono Marta e Arturo, che avevano solo un anno di differenza di età.

Il dottore scelse di non turbare ulteriormente Gina e così non volle approfondire il caso con precise domande su chi fossero e dove dormissero questi angeli, che scuola frequentassero. Consigliò degli esami del sangue e una TC cerebrale e una compressa di quetiapina la sera.

Agli esami non emerse nulla e così alla TC, ma nel frattempo con quel farmaco, la quetiapina, un antipsicotico atipico, le cose non erano cambiate: gli angeli erano sempre più spesso a tavola e Gina cominciava a sentirsi un po' confusa, appariva anche un po' rallentata nei movimenti.

Lo psichiatra consigliò di aumentare la dose ma le conseguenze sui sintomi furono disastrose. Il medico di famiglia assisteva a ciò che accadeva impotente di fronte al sapere dello specialista, ma si rese utile consigliando di sentire il parere di un collega neurologo.

Anche questa volta la valutazione "fisica" fece emergere solamente la presenza del leggero rallentamento dei movimenti spontanei e volontari che fu interpretato come un possibile inizio della malattia di Parkinson. Il passaggio dalla quetiapina ad un'altra molecola della stessa area degli antipsicotici atipici, il risperidone, non cambiò le cose.

► Un'altra consulenza neurologica e la diagnosi

Fu a questo punto che intervenne un secondo neurologo. Gina era oramai in balia sempre più spesso delle sue visioni che alternava a momenti di straordinaria lucidità, ma diventava sempre più lenta nei movimenti e a tratti confusa. Lo specialista pose delle domande un po' diverse dai precedenti, alcune sembravano strane al marito e al figlio che, assieme alla sorella, aveva capito che la faccenda stava diventando seria e decidendo di conseguenza di tornare spesso per aiutare papà in questo viaggio nella nebbia:

"Sente bene gli odori?"

- Da quanto tempo è diventata stitica?
- È depressa oppure non ha voglia di vedere gente, di socializzare?

- Mentre dorme "agisce il sogno" ovvero vive degli incubi e si difende anche picchiando chi le sta vicino?"

A questo punto il marito sbiancò, tanto da far richiedere una sosta amorevole e un breve controllo cardiaco e della pressione arteriosa.

"Sì, dottore, da almeno tre anni di tanto in tanto mia moglie grida e mi assale come se dovesse difendersi da qualcuno che l'aggredisce! Un po' più di frequente durante questi ultimi mesi".

Sembra una demenza a corpi di Lewy, disse il neurologo, dopo che Gina aveva terminato dei test fatti di varie domande e di due disegni finali e si era allontanata in bagno con la figlia. Malgrado lo psicofarmaco risperidone assunto fino alla sera prima e un certo rallentamento nelle risposte, era andata bene davanti agli occhi attenti e compiaciuti del marito e dei due figli. Ma proprio nella copia di quelle due cassette, due pentagoni intrecciati tra di loro in un certo modo, aveva viaggiato per i fatti suoi, sorridendo. E non era andata meglio col disegno di un

orologio da “costruire” all’interno di un cerchio e poi col posizionamento delle lancette alle 11,10.

Insomma, il test breve Mini Mental (MMSE), spiegò il medico, aveva un punteggio apparentemente ottimo. Tre punti persi: la data di quel giorno, a che piano era salita per raggiungere l’ambulatorio e infine la copia di quegli strani pentagoni. Il punteggio di 27 su 30 rientrava nel recinto apparente della normalità.

Apparente, aveva aggiunto il medico, perché la copia sbagliata di quei due pentagoni, il test dell’orologio, la storia e i sintomi avevano confermato che Gina aveva un rapporto imperfetto con la percezione e l’utilizzo dello spazio, anche se manteneva una vista da aquila.

Insomma, secondo il neurologo, si trattava con molta probabilità di una demenza a corpi di Lewy. C’erano quei test brevi, il racconto fatto di allucinazioni complesse e di qualche difficoltà nel governo della casa, il lieve parkinsonismo si vedeva a occhio nudo anche se poteva essere favorito, aiutato in certo modo, dai due antipsicotici seppure di quella nuova generazione, gli atipici, che aveva promesso di non provarli. E poi la fluttuabilità dei sintomi, a tratti notevole da un’ora all’altra e da un giorno all’altro e quelle manifestazioni nascoste che con le demenze apparentemente non avevano rapporti: che c’entrava la stitichezza? E quelle bufere durante i sogni, anzi, gli incubi?

Alcuni esami, la PET cerebrale in particolare, e poi una valutazione cognitiva estensiva avvalorarono il sospetto dello specialista. Due svenimenti (episodi sincopali in linguaggio tecnico, impararono i familiari) appena alzata dalla sedia dopo pranzo si confermarono causati da un’altra anomalia del sistema vegetativo, quell’apparato complicato che non

comandiamo: erano determinati da improvvise riduzioni di pressione col passaggio di Gina in piedi.

“Questa demenza è più complicata di tutte le altre e pure più veloce. Nessun farmaco è in grado di arrestarla. Addirittura, certi medicinali fanno precipitare la situazione. Ne parleremo con calma e percorrendo insieme i gradini quando compariranno i problemi. Leggete qui, è uno scritto che ho preparato per i familiari dei miei pazienti quando devono interpretare e affrontare malattie difficili da capire, e persino da accettare”.

APPROFONDIMENTO

► Le demenze

Negli ultimi decenni sono notevolmente migliorate le conoscenze e di conseguenza le possibilità diagnostiche in tema di alterazioni cognitive e comportamentali secondarie a diverse patologie neurologiche, per esempio sclerosi multipla, sequele di ictus cerebrale e di traumi cranici, malattia di Parkinson e parkinsonismi, arteriti craniche disimmunitarie, encefaliti, e ovviamente demenze su base degenerativa, vascolare, prionica, ecc. o secondarie, per le patologie extra-neurologiche, a ipotiroidismo, ipoparatiroidismo e ipoparatiroidismo, iponatremia (SIADH da numerose cause, anche traumatiche), insufficienza respiratoria, renale ed epatica, ecc.

Le demenze sono condizioni cliniche caratterizzate da perdita progressiva delle funzioni cognitive e/o da alterazioni comportamentali di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente. La perdita delle capacità riguarda funzioni precedentemente acquisite nel corso della vita. Fra le **funzioni cognitive**, quelle rela-

tive alla memoria (e le alterazioni conseguenti) sono apparentemente note a tutti. Le stesse abilità della memoria, tuttavia, obbediscono a meccanismi complessi:

- **la memoria di lavoro** serve a ricordare, ad esempio, per alcuni secondi un numero di telefono fino ad arrivare a comporlo all’apparecchio telefonico, sperando di non subire interferenze (come la domanda di qualcuno: scusa, sai l’ora?), per poi dimenticarlo; la memoria episodica (richiamare gli episodi: mi ricordo che...);

- **la memoria semantica** (attingere alle conoscenze, ai concetti: so che...);

- **la memoria procedurale** (è la memoria più duratura, può conservarsi immutata per tutta la vita: dopo aver imparato ad andare in bicicletta non si dimentica più...);

- **la memoria prospettica** (ricordare un impegno programmato).

Accanto alla memoria esistono diverse ed altrettanto essenziali abilità necessarie al complesso funzionamento della nostra mente:

- **l’attenzione**, su cui si fonda necessariamente il processo di memorizzazione e parte delle altre capacità cognitive (se siamo distratti da nostri seri problemi, o storditi dal sonno oppure da psicofarmaci, o semplicemente avvertiamo che un avvenimento, una persona, un luogo, “non ci interessano”, difficilmente li invieremo e poi manterremo nel bagaglio della memoria);

- **il linguaggio** (intendendo la capacità di esprimersi, ma anche di comprendere, di leggere e scrivere);

- **l’orientamento nel tempo e nello spazio** (in che anno, stagione ecc. siamo, dove ci troviamo);

- **le abilità visuo-spaziali** (l’occhio “vede” ma è il cervello che esamina e “capisce” lo spazio che sta attorno!);

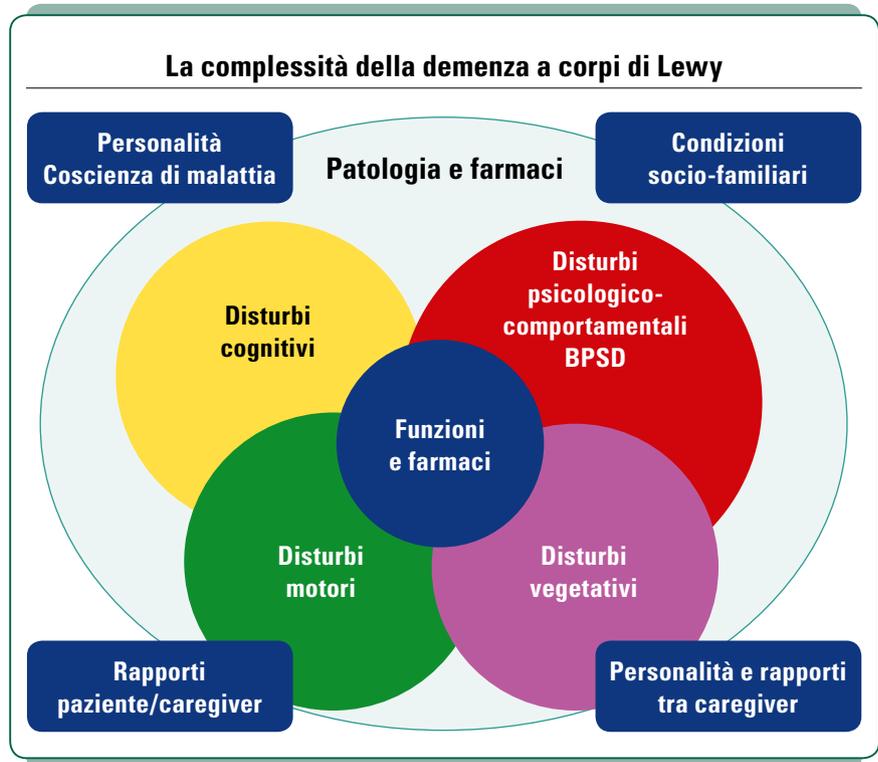
- **le capacità percettive legate alla gnosis** (come l’abilità a ricono-

scere il water rispetto al bidet, la propria abitazione, o addirittura i volti dei propri familiari, con le conseguenze immaginabili sotto il profilo comportamentale quando ciò non avviene);

- **la prassia** (ad esempio la capacità di “organizzarsi” per vestirsi o cucinare seguendo un certo ordine nella successione degli atti motori);
- **la capacità di pensiero astratto, nonché di critica e di giudizio, di ragionamento;**
- **le funzioni esecutive di pianificazione, elaborazione ed eventuale modificazione di compiti adattandosi alle circostanze**, doti “sotterranee” che, quando vengono alterate da patologie varie delle aree frontali cerebrali, comportano errori nella programmazione di un’azione e spesso la perdita della flessibilità con la conseguente perseverazione in comportamenti errati.

I problemi comportamentali consistono, con i limiti della sintesi, in:

- **abulia-apatia** (perdita di interesse, motivazione, iniziativa; conseguente isolamento sociale), isolata o associata ai sintomi depressivi;
- **depressione** (tristezza, senso di colpa, di inutilità, pessimismo, perdita dell’autostima, ansia, angoscia al risveglio, ecc.);
- **agitazione psicomotoria** (irrequietezza, atti ripetitivi come vestirsi e svestirsi o aprire e chiudere armadi, marcia incessante e senza una finalità);
- **aggressività** (verbale, fisica); psicosi (deliri, in particolare di furto, di danneggiamento, di gelosia);
- **allucinazioni visive o uditive;**
- **numerosi altre anomalie comportamentali:** alterazioni del ritmo veglia-sonno; comportamento socialmente inaccettabile o sessualmente inappropriato, disinibizione; euforia senza motivi, fatuità, distacco emotivo, bruschi cambiamenti di umore,



ansia e paure immotivate; attività motoria impropria e incessante (wandering) come vagabondaggio, pedinamento, inseguimento, affaccendamento notturno, fughe; “sindrome del tramonto” (peggioramento del comportamento al calar della luce naturale); condotta alimentare impropria come preferenza ostinata per certi cibi, bulimia o anoressia; stereotipie motorie (ripetizione incessante di determinati movimenti, come battere i piedi o sfregarsi le mani); misidentificazioni da turbe percettive e agnosiche (non riconoscere la propria casa, il marito, i figli).

► Come trattare queste problematiche

Le problematiche comportamentali, numerose e stressanti, richiedono una scrupolosa e attenta analisi e la corretta formazione per trattarle con

(e soprattutto senza!) farmaci: a volte “dipendono” dalle alterazioni cognitive, nelle misidentificazioni, come quando una persona con demenza non riconosce la propria casa e diventa aggressiva “perché vuole tornare a casa” intendendo spesso la casa dove è nata. Queste manifestazioni in genere risentono poco della terapia farmacologica “sedativa”, la quale potrebbe paradossalmente peggiorare alcuni aspetti del quadro generale e neurologico.

Accanto agli aspetti cognitivi e comportamentali in alcuni casi sono presenti alterazioni motorie, in genere di tipo parkinsoniano (si tratta in prevalenza di lentezza del movimento e rigidità piuttosto che del classico tremore) e vegetative.

Mi soffermo intanto su quest’ultimo punto per chiarirne meglio il significato. Nel nostro cervello esistono centri neuronali cosiddetti auto-

mico-vegetativi che, in collaborazione con il complesso apparato endocrino, agiscono su funzioni che non comandiamo attraverso la volontà, come la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, la sensazione percepita di caldo e freddo, il peso corporeo, la stessa organizzazione del sonno, e altre su cui possiamo agire parzialmente con un nostro impegno, come l'eccessiva fame, spesso orientata verso cibi dolci oppure, al contrario, il rifiuto del cibo, il controllo degli sfinteri e persino gli impulsi sessuali.

► **Demenze e luoghi comuni**

La struttura clinica delle demenze, di qualsiasi natura, è caratterizzata da una grande variabilità nell'esordio e nell'evoluzione, per cui bisogna superare quella distorta visione unitaria che vede(va) in passato la demenza di Alzheimer (AD) destinata a riassumere tutto lo scenario delle altre demenze. La stessa demenza di Alzheimer (che rappresenta circa

il 60% delle demenze) può esordire con disturbi visuo-percettivi (atrofia corticale posteriore, PCA), comportamentali o esecutivi (forma frontale), oppure della sfera del linguaggio (danno prevalente temporale sinistro), invece delle attese anomalie mnesiche.

Le demenze non sono tutte alzheimeriane e inoltre "le altre demenze" posseggono tratti assolutamente diversi rispetto a quanto atteso in questa malattia (apparentemente) più nota.

Questo "altro" 40% prevede un esordio "diverso" da quello relativo alla perdita di memoria, manifestandosi con apatia, alterazioni "frontali" di pianificazione nei diversi tipi di demenza vascolare:

- con disturbi comportamentali e/o del linguaggio nelle demenze fronto-temporali, tipicamente "pre-senili";
- con problemi "organizzativi" e di percezione dello spazio, allucinazioni visive complesse, parkinsonismo, estrema fluttuabilità dei sintomi, a volte sincopi per riduzione della

pressione arteriosa al passaggio dalla posizione supina a quella eretta, saltuariamente sonnolenza oppure confusione mentale, episodi notturni caratterizzati da azioni motorie complesse durante la fase REM (RBD: REM Behavior Disorder), come avviene nella demenza più complessa, quella a corpi di Lewy (LBD). Un quadro di demenza simile alla LBD può essere rappresentato dalla malattia di Parkinson (MP) che evolve in demenza (MP-D) in quanto ambedue le malattie (così come l'altra sinucleinopatia, l'atrofia multi-sistemica, AMS) dipendono dal danno neuronale creato prevalentemente dall'alfa-sinucleina alterata.

Tanto per tornare a discutere di esordi, sia la LBD che la stessa malattia di Parkinson possono essere preceduti (anche di un decennio o più!) da quelli che da pochi anni vengono considerati utili segni pre-clinici di sinucleinopatia: RBD, perdita dell'odorato, depressione o apatia, e persino stitichezza.

Non restava che aspettare, con dolore.



La prima webTV per l'informazione e la formazione del medico italiano

1 canale generalista
12 canali specialistici

www.mdwebtv.it



Ruolo attivo del medico di famiglia nella diagnosi di bronchiectasie

In presenza di tosse cronica produttiva e dispnea e dopo aver escluso asma e BPCO, la diagnosi di bronchiectasie dovrebbe essere sospettata con l'esecuzione di una TAC ad alta risoluzione, cercando di definirne l'eziologia, per mettere in atto terapie specifiche e dare una valutazione prognostica. Il ruolo del Mmg è importante nella terapia a breve e a lungo termine, soprattutto nell'educare il paziente riguardo all'importanza dell'utilizzo costante delle terapie prescritte per migliorare l'igiene bronchiale

Anna Dighera - Medico in Formazione, Milano

Giovanni Antonio Filocamo - Tutor Corso Pre Laurea Medicina Generale, Università degli Studi di Milano

Marco Elli - Responsabile delle Attività Didattiche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Vialba, Università degli Studi di Milano

Durante lo svolgimento dell'attività di tutoraggio presso l'ambulatorio di Medicina Generale abbiamo potuto valutare una paziente che giunge alla nostra osservazione per disturbo respiratorio cronico. La signora si presenta presso l'ambulatorio del Mmg, richiedendo alcuni chiarimenti riguardanti la persistente difficoltà respiratoria e la sua incapacità ad uscire dalla propria abitazione e abbiamo quindi sviluppato alcune osservazioni.

La nostra paziente è la signora Serafina, di 74 anni, che vive insieme al marito ed esce poco di casa. Serafina è in buone condizioni generali, è stata sottoposta a bilobectomia inferiore sinistra per ascesso polmonare nel 1966. Da allora riferisce frequenti riacutizzazioni respiratorie, almeno una ogni 2 o 3 mesi.

Come esito delle ultime terapie antibiotiche, la paziente riferisce una riduzione delle secrezioni bronchiali e degli episodi di riacu-

tizzazione infettiva nell'ultimo anno. Afferma di eseguire quotidianamente esercizi di ginnastica respiratoria, ma di non uscire quasi mai di casa a causa del grave affaticamento respiratorio.

La paziente soffre da molti anni di un disturbo ansioso-depressivo e nel 2012 ha subito un ricovero per crisi depressiva con ideazione suicidaria.

Abbiamo cercato di comprendere se il mancato desiderio di uscire dalla propria abitazione fosse da attribuire al grave deficit ventilatorio oppure alla deflessione dell'umore. La paziente, pur non attribuendo la causa al disturbo, ha aumentato spontaneamente i farmaci antidepressivi che assumeva, riconoscendone uno scarso beneficio.

► Approfondimento

Le bronchiectasie sono dilatazioni irreversibili delle vie aeree che possono essere idiopatiche o secon-

darie a molte altre condizioni patologiche (fibrosi cistica, sindromi da immunodeficienza, discinesia ciliare, infezioni broncopulmonari cronico recidivanti, ostruzioni bronchiali intrinseche o estrinseche) (*figura 1*).

Secondo dati della British Thoracic Society l'incidenza sembra essere in progressiva riduzione dagli anni 50, in parte per la maggiore diffusione di terapie antibiotiche che limitano lo sviluppo di esiti post-infettivi. L'incidenza non è nota e presenta notevoli variazioni in riferimento al periodo e alla nazione di riferimento. In USA è segnalata una quota di ospedalizzazione di 16.5 casi con un aumento del 2.4% negli uomini e 3% nelle donne. Uno studio britannico suggerisce che il numero di decessi stia aumentando annualmente del 3%. La malattia della nostra paziente inizia proprio negli anni in cui questa patologia era piuttosto frequente, ma gli strumenti

Sequenza cronologica

1966	A 24 anni: lobectomia inferiore sinistra allargata al segmento linguare per ascesso polmonare.
1984	Dai 40 anni frequenti episodi di riacutizzazioni infettive (circa uno al mese) con segnalati episodi di atelettasia segmentaria a carico del polmone residuo sinistro per cui eseguiva fibroncoscopia con rimozione di tappi di secrezioni catarrali.
Gennaio 2012	Ricovero per crisi depressiva con ideazione autolesiva.
Marzo 2014	Ricovero per riacutizzazione infettiva trattata con ceftazidima ev e corticosteroidi. Prescritta terapia broncodilatatrice con beclometasone, salbutamolo e tiotropio. Contemporaneamente riscontro di desaturazione notturna e sotto sforzo per cui veniva impostata ossigenoterapia a domicilio.
Maggio 2015	Ricovero per grave acidosi respiratoria tale da richiedere ventilazione invasiva e in seguito tracheotomia. Durante il ricovero la signora ha avuto numerosi episodi di ostruzione del bronco principale sinistro con atelettasia del polmone ed è stato isolato <i>Pseudomonas</i> multiresistente. Trasferita al reparto di riabilitazione pneumologica la paziente è stata sottoposta a un ciclo riabilitativo con l'obiettivo di migliorare gli scambi respiratori e la detersione delle vie aeree e ottenere un discreto recupero dell'autonomia deambulatoria. Accertamenti approfonditi (emogasanalisi, studi meccanica respiratoria e spirometria) hanno confermato la presenza di una sindrome ostruttiva di grave entità con ridotta forza muscolare e scarsa tolleranza allo sforzo. Viene perciò stabilita la necessità di introdurre ventilazione non invasiva a domicilio.
Luglio 2016	Ricovero riabilitativo. Peso Kg 80, H 154, BMI 33.73. Sovrappeso trattato con dieta da 1500 kcal. Test del cammino interrotto per dispnea. Nonostante solo lieve innalzamento degli indici di flogosi, iniziata terapia con levofloxacina per os + steroide con miglioramento del test del cammino. È stata modificata la terapia inalatoria iniziando terapia con fluticasone, vilanterolo, + umeclidinio bromuro, con miglioramento del quadro ventilatorio. È stato inoltre sostituito l'antidepressivo, utilizzando SRRI a somministrazione sublinguale.

diagnostico-terapeutici per affrontarla erano carenti.

La storia d'infezioni recidivanti in giovane età in un contesto di scarsa disponibilità antibiotica hanno portato la paziente all'intervento di lobectomia, come causa di bronchiectasie.

Non possiamo sapere cosa sia stato fatto a suo tempo per inquadrare il problema della signora, ma oggi tutti i maggiori autori sottolineano l'importanza di una diagnosi eziologica in un paziente con riscontro TC di bronchiectasie, per

la possibilità di mettere in atto terapie specifiche e dare valutazione prognostica.

Il quadro bronchiectasico attuale interessa entrambi i polmoni: a sinistra potrebbe essere stato peggiorato da un effetto di rimodellamento della struttura polmonare residua post-chirurgia. Il lobo polmonare residuo sinistro potrebbe andare incontro a processo di dislocazione e a possibili fenomeni disventilatori.

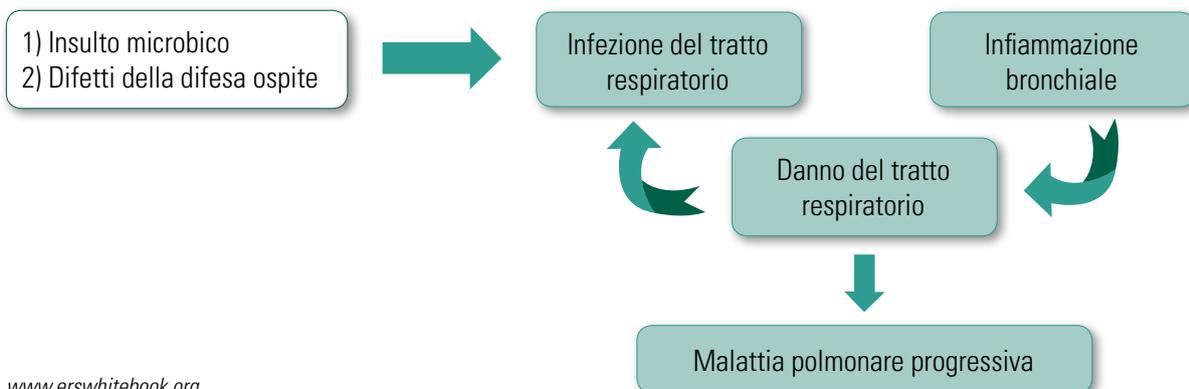
Nel corso della sua vita la signora ha avuto numerose riacutizza-

zioni infettive. Secondo le linee guida GOLD è importante trattare tempestivamente l'episodio acuto con terapia antibiotica preferibilmente specifica sulla base dell'agente patogeno sospettato o dimostrato con l'analisi dell'escreato (considerando che i più frequenti sono *H. influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa*). Nei soggetti portatori di bronchiectasie sono frequenti le infezioni respiratorie da *Pseudomonas aeruginosa*. Si possono avere sia episodi di polmonite acuta sia

Figura 1

Bronchiectasie e malattia polmonare progressiva*

*Il circolo vizioso dell'infezione e dell'infiammazione nelle bronchiectasie che conduce alla malattia polmonare progressiva



www.erswhitebook.org

infezioni croniche del tratto respiratorio.

Le linee guida IDSA (Infectious Diseases Society of America) raccomandano l'uso di terapia combinata, scegliendo gli antibiotici sulla base dell'antibiogram-

ma. Gli schemi più utilizzati sono un betalattamico (piperacillina/tazobactam o cefalosporina di II/III gen) + aminoglicoside (tobramicina); carbapenemici + fluorochinolone (ciprofloxacina) + aminoglicoside (tabella 1).

Nei pazienti con infezione cronica sono utilizzati gli stessi schemi con la presenza quasi costante di un aminoglicoside perché i ceppi resistenti ai beta lattamici sono molto frequenti.

In questi pazienti vi è spesso ri-

Tabella 1

Terapie delle bronchiectasie*

Miglioramento della detersione delle vie aeree	Detersione meccanica delle vie aeree (ACBT, dispositivi PEP, autodrenaggio) Inalazioni di soluzione ipertonica Mannitolo per via inalatoria [#]
Riduzione della broncocostrizione	β ₂ -agonisti a breve e lunga durata di azione
Riduzione dell'infiammazione	Corticosteroidi per via inalatoria Azitromicina orale [#]
Terapia dell'infezione	Antibiotici per via orale nelle riacutizzazioni Colistina/aminoglicosidi per via inalatoria per eradicazione o soppressione a lungo termine

*Molte di queste terapie sono utilizzate senza che nessuna di esse sia stata approvata dalla European Medicines Agency per supportare il loro uso a lungo termine in questo ambito.

ACBT: cicli attivi di tecniche respiratorie; PEP: pressione positiva espiratoria. #: studi clinici recenti di fase 3

www.erswhitebook.org

sposta clinica alla terapia, ma raramente si riesce a eradicare completamente il microrganismo. Sono stati proposti cicli periodici di terapia antibiotica; in particolare l'utilizzo di tobramicina per via inalatoria migliora la funzionalità polmonare, riduce il rischio di ospedalizzazione e riduce la densità di *Pseudomonas* nell'espettorato anche se l'uso della tobramicina inalatoria è da considerare off-label.

Da quando è in cura presso questo ambulatorio è sempre stata prescritta terapia con broncodilatatori e inalatorie con fisioterapia respiratoria per favorire la clearance delle secrezioni bronchiali ma il livello di aderenza alla cura proposta non è sempre stato ottimale.

Molti dei pazienti con IRC riferiscono frequenti riacutizzazioni e riduzione della propria autonomia respiratoria residua con peggioramento della qualità di vita del soggetto. È stato dimostrato che i pazienti con bronchiectasie hanno un rischio aumentato di sindrome ansioso-depressiva e i livelli di depressione sono correlati ai livelli di dispnea.

Nella paziente la presenza di una comorbidità depressiva ha inciso molto sul percorso di cura in termini di aumentato rischio per la salute, manifestando tendenze autolesive e una ridotta collaborazione al trattamento. La paziente mostra grande reticenza a uscire di casa e una ridotta autonomia motoria. È difficile comprendere se alla base di tale comportamento vi sia esclusivamente una ridotta funzionalità respiratoria, oppure si aggiunga una condizione di abulia depressiva. È utile ricordare che nel ca-

so in discussione, la terapia anti-depressiva poteva essere considerata non ottimale.

► Conclusioni

La valutazione del caso ci ha permesso di fare alcune riflessioni:

1 Secondo le linee guida della British Thoracic Society la diagnosi di bronchiectasie dovrebbe essere sospettata in tutti i pazienti con tosse cronica produttiva e dispnea, dopo aver escluso asma e BPCO. L'esame gold standard per la diagnosi è la TC ad alta risoluzione.

2 È importante cercare di definire l'eziologia delle bronchiectasie. Tra gli esami raccomandati vi sono il test per la fibrosi cistica per soggetti con meno di 40 anni, l'elettroforesi delle proteine sieriche e il dosaggio Ig per la diagnosi di immunodeficienze. La presenza della sovrainfezione da *P. aeruginosa* è una complicanza che va sempre considerata in pazienti con storia clinica, tosse e escreato purulento persistenti, infatti, la presenza di *P. aeruginosa* determina un maggior numero di riacutizzazioni periodiche flogistiche. La ricerca dell'*Aspergillus* per la diagnosi di aspergillosi broncopolmonare è consigliata nei pazienti con bronchiectasie centrali.

3 Il ruolo del medico di medicina generale è importante nella terapia a breve e a lungo termine. Occorre educare il paziente riguardo all'importanza dell'utilizzo costante delle terapie prescritte per migliorare l'igiene bronchiale. Devono essere prescritti broncodilatatori per aerosol, nebulizzatori con soluzioni

saline o mucolitici e fisioterapia respiratoria: il drenaggio posturale, la percussione meccanica del torace e altre tecniche di ginnastica respiratoria sono risultate molto efficaci e ne viene raccomandata la pratica almeno 3-4 volte/die.

4 Questi pazienti dovrebbero essere candidati a terapia vaccinale annuale e antipneumococcia preventiva.

5 Per migliorare l'aderenza alla terapia, che i dati OSMED suggeriscono come piuttosto bassa, viene rivista la terapia e consegnato un prospetto di assunzione farmaci con le prescrizioni. L'utilizzo di un prospetto cartaceo di assunzione dei farmaci da consegnare al paziente al termine della visita è molto utile nel garantire una migliore aderenza alla terapia e ridurre il rischio di errori in pazienti che richiedono una complessa terapia farmacologica cronica.

6 La valutazione del contesto psicosociale e della presenza di comorbidità psichiatriche in un paziente con malattia cronica è un compito fondamentale del medico di medicina generale. Laddove presente una sindrome ansioso-depressiva è necessario non sottovalutare il problema, ma instaurare una terapia medica adeguata con SSRI e benzodiazepine volta al controllo dei sintomi e al miglioramento della qualità di vita del paziente. Nel caso in esame, non era sufficientemente chiaro quanto della riduzione dell'autonomia motoria fosse da attribuire all'IRC e quanto alla deflessione del tono dell'umore.

Bibliografia disponibile a richiesta

Dieta “low FODMAP”: non è tutto oro quello che luccica

L'introduzione della dieta “Low FODMAP” ha rappresentato un progresso nel trattamento della sindrome dell'intestino irritabile. Resta tuttavia da dimostrare che questa dietoterapia comporti benefici significativamente maggiori rispetto ai trattamenti dietetici tradizionali dell'IBS

Carlo Catassi

SOD di Clinica Pediatrica, Dipartimento DISCO, Università Politecnica delle Marche - Ancona

In tema di trattamento della sindrome dell'intestino irritabile (IBS) è alla ribalta dei riflettori mediatici la dieta a basso apporto di FODMAP (“low FODMAP”). Tecnicamente questa dieta consiste nella eliminazione quotidiana di un gruppo di zuccheri scarsamente assorbibili e notevolmente fermentabili, la cui presenza può essere causa di eccessiva secrezione di acqua e gas nel colon con conseguente diarrea, flatulenza, gonfiore e dolore addominale. I FODMAP comprendono gli Oligosaccaridi (fruttani e galatto-oligosaccaridi), i Disaccaridi (lattosio), i Monosaccaridi (fruttosio) e i Polioli (per esempio sorbitolo, mannitolo e xilitolo).

La lista degli alimenti da escludere nella dieta “low FODMAP” è lunga e comprende, in particolare, i cereali contenenti glutine (frumento, orzo e segale), tutti i legumi (per es. lenticchie, fagioli e ceci), diversi tipi di vegetali (per es. carciofi, cavolfiore, asparago, funghi, cipolle, aglio) e di frutta (mele, pere, albicocche, susine, pesche, cocomero, uva, fichi), nonché tutti i latticini contenenti lattosio (latte intero, yogurt, gelato e formaggi freschi).

► La storia

Proposta nel 2005 da un gruppo di gastroenterologi e nutrizionisti guidato da Peter Gibson della Monash University di Melbourne (Australia), la dieta low FODMAP ha trovato un crescente consenso tra gli esperti, non solo per il trattamento dell'IBS, ma anche per la cura di altre patologie intestinali quali le malattie infiammatorie croniche e la diverticolite.

Numerosi studi, inclusa una recente metanalisi, hanno dimostrato la sua efficacia nel ridurre l'intensità dei sintomi dell'IBS, particolarmente il gonfiore ed il dolore addominale. La Società Inglese di Dietologia raccomanda questa dieta quale trattamento di seconda battuta del paziente IBS, nei casi che non rispondono ad un trattamento dietetico più semplice, di tipo “convenzionale”. Sono attualmente disponibili manuali di ricette che insegnano direttamente al paziente come gestire quotidianamente una dieta low FODMAP.

È innegabile che la sua introduzione ha rappresentato un pro-

gresso nel trattamento di un disturbo, quale l'IBS, che affligge una quota significativa della popolazione generale (circa il 20%), particolarmente di genere femminile ed in età fertile. Ciò premesso, come ricorda un noto aforisma, “non è tutto oro quello che luccica”, motivo per il quale riteniamo utile esporre di seguito alcune perplessità sull'impiego di questa dietoterapia, innovativa più in apparenza che nella sostanza (corrisponde almeno in parte alla dieta “povera di fibre” da molto tempo utilizzata nella cura dell'IBS).

► Le perplessità

► **Quale identità?** Il primo “dubbio” riguarda l'identità stessa della dieta low FODMAP. Infatti, la lista degli zuccheri FODMAP, pur essendo già lunga, non necessariamente li comprende tutti, anche per la continua introduzione in commercio di nuovi dolcificanti simili al sorbitolo e lo xilitolo. Inoltre, il lattosio si comporta come FODMAP solo in una parte dei casi, cioè nelle persone con defi-

cit di lattasi intestinale, mentre gli altri lo tollerano normalmente. Ma soprattutto: cosa significa una dieta a basso contenuto di FODMAP dal momento che non è stato ancora definito, in termini quantitativi, cosa si intenda per normale o ridotto apporto di FODMAP?

► **Efficacia.** La seconda perplessità deriva da una attenta disamina degli studi clinici disponibili in letteratura circa l'efficacia della dieta "low FODMAP". Infatti, sebbene la gran parte di questi lavori dimostrino che, in effetti, questa dietoterapia è in grado di migliorare i sintomi in una quota consistente dei pazienti affetti da IBS, particolarmente il gonfiore intestinale e il dolore addominale, la qualità scientifica degli studi è spesso insoddisfacente per frequenti "debolezze metodologiche", quali la mancanza di un adeguato gruppo di controllo e soprattutto della procedura del "doppio cieco", requisiti fondamentali per escludere l'interferenza di un possibile effetto "placebo" del trattamento. È interessante notare che, nei pochi studi condotti con metodo ineccepibile nei quali l'efficacia della dieta low FODMAP sia stata confrontata con il trattamento dietetico "standard" per l'IBS e non con la dieta "normale", non sono stati evidenziati sostanziali vantaggi di questo trattamento innovativo rispetto a quello dietetico tradizionale.

► **Safety.** Le maggiori incertezze riguardano tuttavia la sicurezza nutrizionale (safety) del trattamento low FODMAP, soprattutto nel lungo termine.

Questo aspetto non è ancora stato sufficientemente valutato, ma può essere esaminato in base ad alcune evidenze indirette. Tra i tanti alimenti che devono essere esclusi con la dieta low FODMAP figurano i cereali contenenti glutine, fonte principale dei fruttani alimentari. I lavori svolti nei pazienti celiaci, che notoriamente devono continuare il trattamento per tutta la vita, hanno evidenziato che questo regime alimentare comporta, nel lungo termine, una possibile carenza subclinica di fibre, calcio, ferro, folati e vitamine del gruppo B. Il rischio della carenza di fibra alimentare è certamente maggiore nei soggetti che praticano la dieta low FODMAP, poiché questo trattamento richiede l'esclusione dalla dieta giornaliera non solo dei cereali contenenti glutine, ma anche di molti tipi di frutta e verdura.

Parallelamente maggiore, rispetto alla dieta celiaca, il rischio di carenza di calcio per la contemporanea esclusione alimentare, nella dieta low FODMAP, dei latticini contenenti lattosio. Altri rischi nutrizionali da non sottovalutare riguardano la possibile carenza di vitamina C e di altri antiossidanti naturali, sempre a causa dell'ampia limitazione nell'apporto di frutta e verdure fresche.

D'altra parte, la drastica riduzione dei FODMAP alimentari potrebbe avere conseguenze fisiopatologiche negative, ancora non sufficientemente indagate. È bene infatti tenere presente che, in condizioni normali, questi carboidrati vengono fermentati nel colon, ad opera della flora batterica intestinale, con produzione di acidi grassi a catena corta (SCFA), particolarmente di butirato, che rap-

presentano un eccellente substrato energetico per le cellule del colon.

Inoltre, la dieta low FODMAP induce significativi cambiamenti del microbioma intestinale, con diminuzione dell'abbondanza batterica totale, particolarmente dei Bifidobatteri, ed aumento di Ruminococcaceae, alterazioni le cui conseguenze rimangono da indagare.

► **Costi.** Non dobbiamo neppure sottovalutare che una dieta low FODMAP equilibrata sul piano nutrizionale richiede l'utilizzo di alimenti non sempre facili da reperire e di costo elevato, quali gli pseudocereali, i frutti di bosco e la frutta esotica. Ne consegue che l'aderenza a questo regime dietetico potrebbe risultare difficile da mantenere nel lungo termine, specie per i pazienti con disponibilità economica limitata.

► Conclusioni

In conclusione, riteniamo che la dieta low FODMAP rappresenti un trattamento innovativo che può migliorare in maniera significativa la sintomatologia del colon irritabile, specie nei casi con marcato gonfiore e dolore addominale. Resta tuttavia da dimostrare che questa dietoterapia comporti benefici significativamente maggiori rispetto ai trattamenti dietetici tradizionali dell'IBS.

Qualora utilizzata per lunghi periodi di tempo, è necessario un attento monitoraggio nutrizionale del regime low FODMAP, al fine di prevenire le possibili carenze di fibra alimentare e di altri nutrienti "critici", quali le vitamine e gli antiossidanti naturali.

Rischio tossicologico del tatuaggio

Rigorose norme igieniche hanno ridotto i rischi di infezione, tuttavia permangono rischi di complicazioni dermatologiche e molti degli inchiostri usati per i tatuaggi sono nuovi e poco valutati per una loro possibile tossicità. Dovrebbe essere innalzato il livello di consapevolezza negli operatori e nei cittadini sui possibili effetti collaterali nel tempo

Giovanna Raho - Luigi Naldi

Unità di Dermatologia - AO Papa Giovanni XXIII, Bergamo - Centro Studi GISED

Luomo ha iniziato a disegnare il proprio corpo fin dal Neolitico. Nei secoli scorsi il tatuaggio era prerogativa di soldati, marinai e malfattori trasformandosi nel tempo da segno di ribellione ad accessorio diffuso nella popolazione, come un gioiello da indossare e mostrare. Oggi si assiste alla pratica del tatuaggio già durante l'adolescenza e circa il 36% dei giovani fino a 40 anni ne hanno almeno uno. Tutto ciò ha fatto nascere l'esigenza di rivalutare questa abitudine da un punto di vista medico-tossicologico.

Se è vero che l'introduzione di rigorose norme igieniche ha ridotto i rischi di infezione, permangono i rischi di complicazioni dermatologiche, inoltre molti degli inchiostri usati sono nuovi e quindi poco valutati per una loro possibile tossicità nei tatuaggi. Senza dimenticare che circa il 50% delle persone con tatuaggi decide ad un certo punto di eliminarli: se è vero che esistono tecniche indolori come la rimozione con i laser, rimane il rischio di cicatrici dopo il trattamento. E soprattutto si sa poco sul destino fisiologico o tossicologico dei pigmenti dopo la fotolisi indotta dai laser. Al proposito si rimanda ad una estesa review sul tema (Laux P et al. A medical-toxicological view of tattooing. *Lancet* 2016; 387:395-402).

► Caratteristiche dei coloranti

Molti coloranti consistono di pigmenti insolubili dispersi in acqua più additivi e profumi. I coloranti usati in tatuaggi di colore nero sono composti a base di carbone nero con additivi di sfumatura quali titanio diossido o ossidi di ferro. Di conseguenza composti come carbone nero e composti potenzialmente tossici come PAH (idrocarburi policiclici aromatici) vengono ritrovati in campioni di pelle tatuata e linfonodi regionali, anche anni dopo il tatuaggio. Lo stesso può avvenire per i composti azo- e policiclici in molti tatuaggi colorati. Alcuni coloranti non sono nati per uso umano né sono mai stati analizzati per un uso a contatto con il corpo umano.

Molti coloranti, pur contenendo soprattutto pigmenti organici, presentano anche metalli pesanti: titanio, bario, alluminio, rame sono presenti come coloranti e antimonio, arsenico, cadmio, cromo, cobalto, piombo e nickel possono essere presenti come contaminanti.

Altri costituenti che possono determinare reazioni avverse sono i conservanti, in alcuni casi infatti sono stati ritrovati conservanti non più autorizzati perché dannosi e sostanze non identificate.

► Possibili complicazioni

La creazione di un tatuaggio determina il superamento della barriera cutanea con rischio di infezioni anche perché la pelle stessa non è sterile. Infezioni batteriche possono verificarsi in circa 1-5% dei casi. Le infezioni possono essere superficiali o sistemiche e vari i patogeni coinvolti: batteri, funghi, virus (HCV, HBV e HIV).

Il miglioramento delle condizioni igieniche ha fatto diminuire le infezioni che sono dovute soprattutto a patogeni opportunisti e commensali.

Rare invece le infezioni piogeniche con formazione di ascessi, erisipela, cellulite, fascite e cancrena con possibile diffusione sistemica e successiva sepsi ed endocardite.

Una fonte di contaminazione sottovolutata è rappresentata dalle boccette degli inchiostri: fino al 20% di queste possono essere contaminate durante la produzione o in seguito all'uso di acqua del rubinetto come diluente.

Molti eventi avversi si manifestano anche alcuni mesi o anni dopo il tatuaggio: alcuni eventi cronici sono di natura allergica. Si possono avere reazioni infiammatorie, da ulcerazioni a gravi allergie. Tra i colori il rosso sembra essere il più problematico. Manca però ad oggi un efficace test per le allergie da coloranti usati nei tatuaggi.

► Tossicologia

Uno dei problemi è la mancanza di dati utili sulla composizione degli inchiostri e la loro tossicologia. I cromatici consistono di coloranti organici e vari sali di metalli. I principali componenti metallici sono alluminio, bario, rame, ferro e stronzio. Metalli tossici come manganese, piombo e vanadio sono stati riportati in concentrazioni quali mg/g di inchiostro. La scarsità di dati e l'alto numero di formulazioni presenti rendono difficile una valutazione completa della sicurezza degli inchiostri anche perché poco si sa sulla loro tossicità intradermica e metabolismo.

In alcuni casi i pigmenti possono subire digestione e successiva dissociazione o possono contenere sostanze problematiche quali PAA (ammine aromatiche primarie), nitrosammine, pigmenti metallici o PAH. Inoltre possono essere presenti fenoli, formaldeide o ftalati.

Alcuni pigmenti possono subire foto-decomposizione e i prodotti ottenuti possono essere noti o sospetti carcinogeni per l'uomo. Alcuni componenti degli inchiostri possono assorbire raggi UV con produzione di specie reattive all'ossigeno: i raggi UVA possono penetrare lo strato cutaneo raggiungendo i coloranti depositati nel derma.

► Metabolismo e carcinogenicità

Dopo la deposizione sotto pelle i pigmenti possono reagire con il tessuto circostante e penetrare per via sistemica, anche se secondo alcuni la bassa solubilità dei pigmenti li rende praticamente inerti. Ma non tutti i coloranti hanno bassa solubilità e alcuni contengono nanoparticelle che hanno biocinetiche diverse. In aggiunta i tatuaggi possono nel

tempo perdere colore, ma i pigmenti permangono e restano disponibili per via sistemica.

I potenziali effetti sistemici e carcinogeni dei tatuaggi e degli inchiostri sono poco chiari. Esistono evidenze che inchiostri commerciali contengono sostanze carcinogene (es. PAH) che possono essere ritrovate anche nei linfonodi, tuttavia la mancanza di studi in vivo rende l'argomento ancora fonte di dibattito.

L'associazione tra tatuaggi e cancro è al momento da considerare solo una coincidenza.

► Rimozione dei tatuaggi

Secondo i dati forniti dagli operatori del settore circa il 50% delle persone con un tatuaggio cambia idea e vorrebbe eliminarlo, ma molti desistono per il costo e per il rischio di cicatrici. Accanto alle tecniche storiche di rimozione come abrasione della pelle con sali, cauterizzazione chimica o uso di spazzole per togliere la pelle, esistono tecniche che innescano una risposta infiammatoria (per esempio rimozione con acido tricloroacetico e acido lattico). Non esistono però studi controllati sulla loro efficacia.

Nel caso di reazioni allergiche l'escissione chirurgica o con dermatomo sembra preferibile perché non lascia residui nella pelle.

Meno aggressiva è la rimozione con laser, in genere preferita.

Servono da 4 a 10 sedute per liberarsi di un tatuaggio, ed in alcuni casi la rimozione completa è impossibile, per esempio nei tatuaggi con tanti colori, per la presenza di pigmenti inorganici come ossidi di ferro, zinco e titanio. Inoltre i prodotti di degradazione possono determinare reazioni immuni (linfadenopatie) o reazioni allergiche locali.

Una possibilità è offerta dall'uso di

coloranti microincapsulati, che aumenterebbe la stabilità dei coloranti solubili e faciliterebbe la loro rimozione con poche applicazioni laser.

► Conclusioni

Gli autori della review pubblicata su *Lancet* auspicano misure valide a livello internazionale. In attesa che il livello di conoscenze sui prodotti usati nei tatuaggi diventi più alto e omogeneo è importante escludere o limitare le sostanze per le quali esista evidenza di reazioni avverse. Sarebbero utili studi epidemiologici sui potenziali effetti degli inchiostri usati. Infine dovrebbe essere innalzato il livello di consapevolezza, negli operatori e nelle persone che si fanno fare tatuaggi, sul fatto che, oltre all'aspetto artistico, essi mettono il corpo a contatto con sostanze non ben caratterizzate per i loro possibili effetti collaterali nel tempo.

Il Centro Studi GISED ha l'intento di migliorare le conoscenze scientifiche, l'assistenza e l'informazione per quello che riguarda le principali malattie dermatologiche. Tra gli obiettivi: mantenersi strumento operativo per lo sviluppo di una dermatologia attenta ai bisogni e basata sulle migliori prove scientifiche disponibili. Per raccogliere le segnalazioni di reazioni avverse da tatuaggi il Centro Studi GISED ha creato un modulo online utilizzando il quale sarà possibile indicare ogni tipo di reazione correlata a un tatuaggio anche mediante l'invio di un'immagine fotografica. www.centrostudigised.it/reactoo



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

Globalizzazione e rapporto medico-paziente

Una comunicazione efficace può rappresentare il completamento dell'atto terapeutico, riducendo la distanza medico-paziente. Nel corso del primo incontro della "Scuola di comunicazione in Sanità" è stato ribadito che comunicare al meglio con i pazienti stranieri è un'opportunità e una sfida per creare una più forte alleanza terapeutica

Qual è la realtà di un medico che si trova di fronte a un paziente straniero? Quali sono le opportunità e le criticità? Come dovrebbe e potrebbe comunicare il medico con queste persone? Questi sono solo alcuni dei temi affrontati nel corso del primo incontro della "Scuola di comunicazione in Sanità" dedicato alle "Patologie della globalizzazione", relatore **Roberto Carlo Rossi**, Presidente dell'OMCeO di Milano e Provincia. La "Scuola di comunicazione in sanità" è stata istituita da un comitato formato da Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano, ASST Rhodense, Associazione Italiana Giornalismo Responsabile, Associazione Lampada di Aladino, e si pone l'obiettivo di aggiornare, integrare, innovare il rapporto medico-paziente, migliorando le modalità comunicative, l'immagine e la credibilità dell'istituzione sanitaria verso i cittadini, pazienti e non. Il corso è articolato in 10 incontri al termine dei quali verrà prodotto un documento che sarà portato all'attenzione di Regione Lombardia.

► Criticità e opportunità

Oltre a una selezionata serie di significativi dati dell'Istat e di Eurispes, Rossi ha reso nota una indagine personale sulla situazione organizzativa di un Mmg massimalista che opera in un'area, non proprio periferica, di Milano. Dall'analisi è emerso che oltre il 50% dei 1670 assistiti non è nato in Italia e

proviene da ben 53 nazioni (tabella 1). Questo è un dato sorprendente nell'attuale realtà complessa che vede il medico di famiglia e ospedaliero in prima linea. "Se è fondamentale impostare una comunicazione condotta in modo efficace tra persone comuni, lo è a maggior ragione se tale rapporto comunicativo intercorre tra medico e paziente. I nostri pazienti provengono da diverse parti del mondo, ma di fronte alla multiculturalità dobbiamo ribadire il nostro tradizionale ruolo all'interno del rapporto medico-paziente, sapendolo però declinare con nuove modalità di comunicazione e di lettura dei bisogni dell'altro, per esempio non fermarsi solo al linguaggio verbale che può essere diverso, ma leggendo attentamen-

te anche il linguaggio del corpo (mimica facciale, sguardo, postura, gesti, distanza) o l'inflessione della voce. Questo lo facciamo già con i nostri connazionali, dobbiamo essere attenti anche con le altre persone", spiega Rossi.

Una delle criticità può essere che l'operatore sanitario consideri affaticante il rapporto con lo straniero, che sembra non voler capire che i sintomi che presenta non hanno un supporto organico: e quindi viene vissuto come un soggetto che fa perdere tempo. Tale stato d'animo si supera unicamente cercando di entrare nella stessa lunghezza d'onda del paziente, potenziando la relazione di cura. Inoltre da parte dell'operatore sanitario andrebbe evitata la cosiddetta "sindrome di Salgàri", ovvero ipotizzare malattie tropicali, quadri clinici e malattie rare o strane in pazienti di altre etnie.

D'altro lato il paziente straniero dovrebbe evitare la sindrome del "General Hospital", cioè una attesa salvifica rispetto alle strutture sanitarie: bisognerebbe far capire che le strutture sanitarie e gli operatori hanno dei limiti e che non si può pretendere l'impossibile.

Tabella 1

Paesi di provenienza e assistiti

Nazione	N. assistiti
Egitto	175
Cina Repubblica Popolare	149
Filippine	115
Ecuador	107
Perù	81
Marocco	46
Romania	37
Sri Lanka	26
Ucraina	20
Senegal	20
Altri Paesi	60 ca



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Roberto Carlo Rossi

Il rapporto tra compassione e burnout

Gli Autori descrivono la relazione tra stress, autoconsapevolezza, empatia, compassione, mostrando come la *compassion fatigue* sia una delle principali componenti della sindrome del burnout; sottolineata l'importanza della self-compassion, illustrano come il burnout possa essere affrontato con una terapia basata sulla compassione

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

Con un investimento di 20 milioni di sterline il servizio sanitario nazionale (NHS) del Regno Unito sta cercando, a partire dall'anno in corso, di prevenire le conseguenze psichiatriche della sindrome del burnout, una reazione psicofisica allo stress lavorativo, che si stima interessi 1 su 3 dei loro medici di famiglia (GP). I disturbi mentali, derivanti da tale sindrome, sono analoghi a quelli sofferti da chi è vittima di abuso e maltrattamento e comprendono anche quelli correlati a sostanze e da addiction. Ai medici che ne sono affetti vengono offerte prestazioni specialistiche gratuite, assicurando la massima riservatezza, dal "NHS GP Health Service", che è stato appositamente istituito. L'alta prevalenza delle malattie professionali psichiche tra i GP del Regno Unito è una delle cause della massiccia ondata di prepensionamenti che sta interessando la categoria. Si ritiene che la causa principale sia il sovraccarico di lavoro, che è derivato dall'aumento di oltre 1 milione in soli tre anni delle persone da assistere con più di 65anni, con una crescita del numero delle visite ambulatoriali del 15%. Il prezzo che i medici pagano in termini di salute per aiutare i loro pazienti è pesante: lo stress può portare ad un vero e proprio logoramento (*strain*) a cui corrisponde un esaurimento emotivo ("Ho le pile scariche, non ce la faccio più"). Ma con la diminuzione della capacità di

emozionarsi e di rendersene conto si affievolisce anche l'abilità di riconoscere le emozioni altrui: non può comprendere gli altri chi non comprende se stesso. La compromissione da stress dell'intelligenza emotiva, dell'autoconsapevolezza porta ad una diminuzione dell'empatia. Essendo l'empatia la scintilla della compassione, del desiderio di agire per alleviare la sofferenza del paziente, il medico diventa freddo, distaccato e indifferente: il *detachment* non protegge dal burnout, ne è un sintomo. La perdita della capacità di ascolto empatico nuoce alla comunicazione, alla negoziazione, all'efficacia nel rincuorare e confortare il paziente. All'atteggiamento non giudicante si sostituisce quello critico. In caso di disaccordo si può cedere alla tentazione del sarcasmo. Il comportamento diviene irritabile con momenti di rabbia. Si verifica, insomma, una lenta e continua diminuzione della compassione, che gli Autori anglosassoni definiscono "*compassion fatigue*". Spesso ricorrono sintomi dissociativi (depersonalizzazione) e sono presenti convinzioni e aspettative negative relative a se stessi (sentimenti di incompetenza e inutilità) e agli altri, che si traducono nel non credere alla possibilità di miglioramenti e di riluttanza verso i cambiamenti. Soprattutto in conseguenza della *compassion fatigue* si riduce l'efficacia terapeutica del medico.

► Come uscirne?

Già la scelta di istituire un servizio dedicato a questo problema può essere di per sé terapeutica, perché sentirsi abbandonati è tipico delle vittime del burnout.

Il NHS punta, in prima battuta, sulla terapia cognitivo-comportamentale. È interessante notare come una delle idee chiave sulla quale fondare la ristrutturazione cognitiva è che la compassione non dovrebbe riguardare solo gli altri, al contrario dovrebbe essere rivolta anche a sé (self compassion). Anche verso la propria sofferenza occorre avere un atteggiamento di accettazione e di apertura, partendo dalla considerazione che a tutti è capitato o capiterà qualche insuccesso e di sentirsi inadeguati, che non c'è ragione per essere più duri verso di sé che verso gli altri.

La perdita della compassione è uno dei principali sintomi del burnout, una terapia basata sulla compassione può essere il modo per sconfiggerlo.

Bibliografia

- Alice S, Fiorese M, Ivaldi M, Il valore terapeutico della compassione, MD anno XXIII, n°7-ottobre 2016
- Alice S, Fiorese M, Ivaldi M, Misurare e apprendere l'empatia, MD anno XXIV, n°2-marzo 2017
- Maslach C (1975) La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri. Cittadella Editrice, Assisi, 1997
- Figley C.R Treating Compassion Fatigue, Brunner-Routledge, NYC, 2002
- Gilbert P Compassion Focused Therapy, Routledge, London, 2010

Alcol: i giovani sono i più vulnerabili

Per l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS i consumi di alcol sono in lieve aumento, soprattutto per quanto riguarda il consumo eccessivo episodico. Sono i giovani il target di popolazione estremamente vulnerabile: è auspicabile identificarli precocemente nei contesti di assistenza sanitaria primaria

Il consumo rischioso e dannoso di alcol interessa in Italia milioni d'individui di tutte le fasce d'età ed è associato a una serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine. Il mondo dei social network, le tecnologie alla portata di mano di tutti, contribuiscono sempre più alla diffusione rapida di culture del bere, favorite da disapplicazioni normative, scarso rigore, contraddizioni e convenienze alle quali è spesso difficile rispondere con tempestività attraverso adeguate risposte istituzionali ed efficaci politiche sull'alcol spesso contrastate dalle logiche del mercato a scapito di quelle di tutela della salute.

► Ultimi dati disponibili

Secondo il Report elaborato dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, presentato in occasione dell'Alcohol Prevention Day, i consumi di alcol sono in lieve aumento, soprattutto per quanto riguarda il consumo eccessivo episodico ("binge drinking").

In particolare nel 2015 il 64.5% degli italiani con età >11 anni (35 milioni e 64mila persone) ha consumato almeno una bevanda alcolica, con una prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77.9%) rispetto alle femmine. Stabile il numero dei consumatori giornalieri (22%), mentre continuano a crescere coloro che bevono fuori pasto e "binge drinking" (nel 2013 erano

il 25,8%, nel 2014 erano il 26,9%, nel 2015 risultano il 27,9%).

La prevalenza dei consumatori a rischio in Italia è del 23% per uomini e del 9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000). Sono più a rischio, indipendentemente dal genere, la classe di età 16-17enni (M=47.4%, F=32.3%), che non dovrebbero affatto consumare bevande alcoliche e la classe dei 65-74enni. Nel 2015 in Italia sono quindi circa 750.000 i minori e 2.700.000 gli ultra sessantacinquenni che rientrano nella categoria dei consumatori di alcol a rischio.

Sono persone che, se non identificate precocemente e sensibilizzate sulle abitudini di consumo, possono consolidare modelli non salutari di consumo e sviluppare patologie e problematiche alcol-correlate delle quali l'alcol-dipendenza appare solo una delle oltre 200 condizioni patologiche che includono una decina di tipi di cancro, primo tra tutti quello del seno nella donna.

► Considerazioni

I giovani rappresentano un target di popolazione estremamente vulnerabile a tutte le bevande alcoliche il cui consumo risulta essere la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità; causa evitabile se venissero assicurati adeguati livelli di consapevolezza derivati dall'informazione e dall'educazione alla salute e venisse contemporaneamente garan-

tito e supportato il rispetto delle norme di tutela della salute e di sicurezza.

Un'attenzione particolare è dunque indispensabile relativamente ai problemi della legalità per il mancato rispetto delle leggi (che vietano, in Italia, vendita e somministrazione ai minori di 18 anni). Poiché non esistono livelli di consumo alcolico privi di rischio e poiché la comunità scientifica suggerisce di considerare sempre il rischio alcol-correlato come espressione di esposizione a un continuum di quantità crescenti di alcol consumate, di progressivi rischi e di danni subiti, è urgente garantire e integrare, come vero investimento in salute, risorse per la formazione continua e l'integrazione nella pratica clinica quotidiana dell'identificazione precoce dei consumatori a rischio (attraverso il test AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test) nei contesti di assistenza sanitaria primaria dedicati ai giovani (setting pediatrici e di assistenza primaria erogata dai medici di famiglia), favorendo l'erogazione di tecniche di counselling motivazionale, tra le quali l'intervento breve che garantisce i più elevati livelli di efficacia e i più vantaggiosi profili di costo e di beneficio.

Bibliografia

- Scafato E et al. ISS. Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2017. www.iss.it