

M.D.

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

Anno XXV, numero 4 - maggio 2018

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Medici di medicina generale
sempre più telematici**

RIFLETTORI

8

**Il fallimento della versione
federalista del Servizio
Sanitario Nazionale**

RASSEGNA

34

**Cardiologia riabilitativa,
esercizio fisico e prevenzione
secondaria cardiovascolare**



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



Mauro Marin

Direttore Distretto Sanitario, Azienda Friuli Occidentale, Pordenone

**Il distretto sanitario a garanzia
di una migliore assistenza integrata**

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Il distretto sanitario a garanzia di una migliore assistenza integrata 5
- **Focus on**
Medici di medicina generale sempre più telematici 6
- *Ma l'innovazione digitale nella Sanità italiana va a rilento* 7
- **Riflettori**
Il fallimento della versione federalista del Servizio Sanitario Nazionale 8
- **Il punto**
La riforma lombarda delle cronicità: lo stato dell'arte 10
- *E intanto l'OMCeO di Milano mette in guardia i medici dai rischi medico legali* 11
- **Tribuna**
Un contratto senza capo né coda 12
- **Contrappunto**
Riordino delle cure primarie: servono innovazione, tradizione e risorse certe 15
- **Legislazione**
Differenza tra prescrizione di ausili e contenzione 16

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
Diabetoporusi, una nuova entità nosologica? 22
- **Epatologia**
Evoluzione della steatosi epatica e legame con il microbiota 23
- **Medicina interna**
Sali di potassio nel trattamento dell'ipokaliemia 24
- **Infettivologia**
Malattia di Lyme, nuove indicazioni del NICE 25
- **Radiologia interventistica**
Trattamento percutaneo del nodulo tiroideo benigno 26
- **Reumatologia**
Trattamento dell'iperuricemia nel paziente con gotta 28

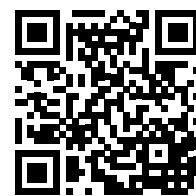
CLINICA E TERAPIA

- **Diagnostica**
La fragilità ossea e lo score Fra-HS 32
- **Rassegna**
Cardiologia riabilitativa, esercizio fisico e prevenzione secondaria cardiovascolare 34
- **Ricerca**
Metabolismo epatico e differenze di genere 37
- **Riflessioni cliniche**
L'importanza delle parole: la comunicazione medico-paziente
può peggiorare i sintomi? 40
- **Linee guida**
Raccomandazioni per evitare la malnutrizione nel Parkinson 43
- **Osservatorio**
Scompenso cardiaco: andamento subdolo e qualità della vita in calo 45
- **Monitor**
BPCO: dalla real life alla triplice terapia 46

Il distretto sanitario a garanzia di una migliore assistenza integrata

La responsabilità professionale non si limita all'erogazione della propria prestazione, ma comprende anche il dovere di garantire la continuità assistenziale tra operatori diversi e contesti di cura diversi nei percorsi assistenziali integrati del cittadino utente, in particolare nelle reti di cura per le patologie croniche". È quanto tiene a sottolineare a *M.D. Digital* **Mauro Marin**, attualmente direttore Distretto Sanitario di Pordenone - Asl Friuli Occidentale. Marin è medico da 35 anni, da 7 anni direttore del distretto sanitario di Pordenone, dopo essere stato medico ospedaliero di ruolo in dipartimento d'emergenza, in reparto di medicina, in un servizio cardiologico e poi medico di famiglia con un'attività ultraventennale di docenze e pubblicazioni sui temi della formazione clinica, responsabilità professionale e umanizzazione dei servizi. Proprio partendo da questa sua esperienza tiene a evidenziare l'importanza dei compiti del distretto sanitario per poter assicurare i reali bisogni assistenziali della comunità e garantirne l'erogazione. "I doveri di assistenza - precisa Marin - richiedono piena conoscenza dei diritti delle persone, competenze tecniche aggiornate, abilità di relazione (*life skills*) e comunicazione assertiva con gli utenti e tra gli operatori nel reciproco rispetto e valorizzazione dei ruoli. La collaborazione tra servizi è un dovere professionale che consente di sviluppare relazioni costruttive necessarie a fornire un'assistenza globale di qualità e sicurezza. Nessuno può dare da solo una risposta a tutti i problemi complessi sanitari e sociali sul territorio. Pertanto è necessario essere onesti sui propri limiti e imparare continuamente a lavorare meglio in gruppo, coinvolgendo in una responsabile presa in carico multidisciplinare e nella ricerca comune di soluzioni i diversi operatori utili con le loro specifiche competenze a dare risposte appropriate ai bisogni dell'utente e della sua famiglia".

I compiti principali del distretto sanitario (artt. 19 e 20, L.R. 17/2014 FVG) sono proprio quelli di assicurare la valutazione dei bisogni assistenziali della comunità, il coordinamento e la produzione dei servizi sanitari sul territorio e l'integrazione con tutti i servizi sanitari ospedalieri e territoriali, le strutture residenziali intermedie, i servizi sociali dei Comuni e la rete del volontariato e dei portatori di interesse. "La qualità percepita dell'assistenza inizia anche col prendersi cura degli operatori impegnati nel faticoso lavoro a diretto contatto con gli utenti più fragili. La soddisfazione degli assistiti infatti dipende dalla fiducia accordata agli operatori, correlata al giudizio su competenze tecniche e soprattutto su qualità umane nei rapporti interpersonali evidenziate nella capacità di accoglienza, di ascolto e di saper vedere sinceramente le situazioni dal punto di vista altrui". "Affinare questa capacità - conclude Marin - è un impegno che richiede esempi, motivazione, esercizio continuo e la consapevole umiltà di avere sempre qualcosa da imparare da chiunque e dalle evidenze scientifiche. Un medico empatico, assertivo e un coinvolgimento nelle decisioni rendono l'assistito più collaborante, l'intervento più efficace, riducono il rischio di contenziosi per responsabilità professionali".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Mauro Marin

Medici di medicina generale sempre più telematici

Oltre la metà dei medici di famiglia italiani condivide documenti clinico-assistenziali con pazienti e colleghi. È quanto emerge dalla ricerca realizzata in collaborazione tra il Centro Studi della Fimmg e l'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, presentata di recente a Milano

I medici di famiglia utilizzano sempre di più la condivisione telematica di documenti clinico-assistenziali. È quanto emerge dalla ricerca realizzata in collaborazione tra il Centro Studi della Fimmg e l'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, con il sostegno di Doxapharma, su 600 Mmg, presentata di recente a Milano. Senza considerare i dati inoltrati attraverso la normale attività prescrittiva (ricette dematerializzate), il 55% del campione afferma di inviare e ricevere telematicamente informazioni clinico-assistenziali dei pazienti, anche se solo il 19% riferisce di partecipare a PDTA condivisi.

Il 69% dei medici si dichiara interessato ad utilizzare uno strumento informatico per definire un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), usato al momento solo dal 9%.

Perplessità emergono sull'ipotesi di essere coinvolti direttamente nella prenotazione delle prestazioni, ritenuta praticabile dal 63% dei medici, solo ad alcune condizioni: disponibilità di personale di studio dedicato, massima rapidità nell'automatismo informatico del-

la proposta dell'appuntamento, valorizzazione economica del compito, sono le condizioni più frequentemente riportate.

► Cresce l'utilizzo di WhatsApp

L'interazione con i pazienti viene svolta utilizzando sempre di più i mezzi che nella vita di tutti i giorni servono per comunicare: l'uso di WhatsApp, in particolare, appare in continua crescita ed è usato dal 63% dei medici del campione (53% nel 2017).

"L'indagine evidenzia ancora una volta la tendenza della Medicina Generale, forse più di altri settori del mondo sanitario, ad allinearsi con le evoluzioni dell'ICT" afferma **Paolo Misericordia**, responsabile del Centro Studi della Fimmg. "E questo avviene a fronte di competenze digitali che i medici stessi ritengono di non possedere su livelli elevati. Uno dei rischi maggiori, in questo momento, è che il Mmg venga trascinato, nella rincorsa di adeguamento a questi processi, in situazioni di difficoltà nella relazione con il paziente, anche alla luce degli aggiornamenti sugli obbli-

ghi nella tutela della *privacy*."

A questo proposito il 61% del campione ritiene rilevante la minaccia di un attacco informatico e il 50% ha il timore che i dati dei propri pazienti possano, in qualche modo, essere sottratti.

► Competenze e formazione

"L'utilizzo di strumenti digitali per comunicare con i propri pazienti è un segnale positivo di come i medici stiano sempre più acquisendo consapevolezza sull'importanza del digitale, che consente di rendere più veloce ed efficace lo scambio di informazioni - osserva **Chiara Sgarbossa**, Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità -.

Si parla tuttavia di strumenti basilari, che spesso non necessitano di formazione specifica né di un cambiamento profondo a livello culturale.

È importante, invece, che i medici siano sempre più attenti alla propria formazione rispetto alle competenze digitali necessarie allo sviluppo di nuovi progetti di innovazione digitale utili a migliorare i processi e i servizi sanitari".



Ma l'innovazione digitale nella Sanità italiana va a rilento

► Malgrado la comunicazione digitale sia ormai una realtà quotidiana, "l'innovazione digitale nella Sanità italiana avanza a rilento e, dopo un 2015 sostanzialmente stabile, nel 2016 fa registrare un leggero calo degli investimenti". È quanto hanno tenuto ad evidenziare gli esperti nel recente meeting svoltosi a Milano: "La Sanità alla rincorsa del cittadino digitale" dove sono stati presentati risultati della Ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano, che ha fotografato, lo stato dell'arte dello sviluppo della sanità digitale nel nostro Paese.

► I dati

Per la digitalizzazione della Sanità italiana l'anno scorso sono stati spesi complessivamente 1,27 miliardi di euro (1,1% della spesa sanitaria pubblica, 21 euro per abitante), con una contrazione del 5% rispetto al 2015 (1,34 miliardi di euro, pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica, circa 22 euro per abitante). Nel dettaglio, 870 milioni di euro sono stati spesi dalle strutture sanitarie (-6%), 310 milioni direttamente dalle Regioni (-3%), 72 milioni dagli oltre 47mila medici di medicina generale (1.538 euro per medico, con un aumento del 3% rispetto al 2015) e 16,6 milioni direttamente dal Ministero della Salute (-8%). La spesa complessiva dell'Italia per la Sanità resta lontana dagli standard dei Paesi europei avanzati e la contrazione conferma quanto i ritardi normativi, la mancanza di

risorse inizialmente promesse nel Patto per la Sanità digitale e l'incertezza dovuta alle riforme sanitarie in atto in molte Regioni abbiano bloccato nuovi progetti.

► Non solo ombre

Ma il quadro della Sanità Digitale, oltre alle ombre, presenta diverse luci. Prosegue il percorso di digitalizzazione di base delle Aziende Sanitarie, con la Cartella Clinica Elettronica che rappresenta l'ambito di investimento più significativo: 65 milioni di euro nel 2016 (in leggero aumento rispetto a quanto rilevato sul 2015, pari a 64 milioni). Le Direzioni Strategiche sono ormai consapevoli dell'importanza di offrire servizi digitali ai cittadini, su cui nel 2016 sono stati investiti 14 milioni di euro: l'80% delle strutture offre già - direttamente o tramite soluzioni regionali - il *download* dei referti via web, il 61% prenotazione delle prestazioni via internet. Dalle Regioni arrivano segnali positivi sui piani di sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e sulle riforme sanitarie che, se nell'immediato creano incertezze che bloccano gli investimenti in atto, nel medio termine rappresentano un punto di forza perché puntano ad una maggiore aggregazione delle strutture sanitarie e a una più efficace integrazione tra ospedale e territorio. Gli italiani sono sempre più "in Rete" per la propria salute: il 51% dei cittadini nel 2016 ha utilizzato almeno un servizio online in ambito sanitario (contro il 49% dell'anno prima), in particolare per informa-

zioni sulle strutture (32%) e per prenotare online esami e visite (22%). I medici sono sempre più attenti alle tecnologie soprattutto per acquisire informazioni o comunicare: oltre la metà degli internisti e quattro Mmg su dieci utilizzano App per aggiornare le loro competenze, il 42% degli internisti e il 53% dei Mmg utilizzano WhatsApp per comunicare con i pazienti.

► Gli ostacoli da superare

Oltre ai ritardi normativi, secondo le Direzioni Strategiche delle strutture sanitarie la principale barriera allo sviluppo della Sanità digitale è la mancanza di risorse economiche (65%) e umane (50%). Quella economica rappresenta la principale barriera anche secondo il 73% degli internisti, mentre per i Mmg non costituisce più una barriera rilevante. Tuttavia, il digitale stenta a decollare spesso a causa di una bassa cultura digitale tra gli addetti ai lavori: barriera riconosciuta dal 34% delle Direzioni Strategiche, dal 43% degli internisti e dal 51% dei medici di famiglia. "Appare ormai chiaro come l'innovazione digitale sia essenziale per andare verso una Sanità sostenibile - ha evidenziato **Mariano Corso**, Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità -, ma occorre accelerare e rimuovere barriere e inerzie all'innovazione cominciando dal valorizzare al meglio le iniziative di successo già presenti sul territorio italiano ed europeo. È urgente agire affinché il Ssn e i sistemi sanitari regionali possano mettersi in marcia speditamente per rispondere alle esigenze di cittadini, medici e operatori sanitari, che vanno resi sempre più digitali e protagonisti del sistema di cura".

Il fallimento della versione federalista del Servizio Sanitario Nazionale

La declinazione federalista del nostro Servizio Sanitario Nazionale non ha ridotto le differenze di spesa e delle performance di assistenza e salute tra le Regioni. È quanto in sintesi si evidenzia dai dati del rapporto 2017 Osservasalute

Il Rapporto Osservasalute, curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, fornisce annualmente i risultati del *check-up* della *devolution* in sanità, corredando dati e indicatori con un'analisi critica sullo stato di salute degli italiani e sulla qualità dell'assistenza sanitaria a livello regionale. Il Rapporto è nato perché non si perda di vista nel processo di devoluzione della Sanità italiana il quadro di insieme delle realtà epidemiologiche e assistenziali nelle diverse Regioni. I dati presentati quest'anno presso il Policlinico universitario A. Gemelli di Roma hanno fornito un quadro in chiaro scuro che evidenzia il persistere di differenze significative inerenti a *performance* di assistenza e di salute tra le Regioni.

“È auspicabile che si intervenga al più presto partendo da un riequilibrio del riparto del Fondo sanitario nazionale, non basato sui bisogni teorici desumibili solo dalla struttura demografica delle Regioni, ma sui reali bisogni di salute, così come è urgente un recupero di qualità gestionale e operativa del sistema, troppo deficitarie nelle regioni del Mezzogiorno”. Ha commentato così il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità **Walter Ricciardi** i dati del Rapporto Osservasalute 2017 che rilevano nel nostro Paese livelli di

cronicità e non autosufficienza tra gli anziani superiori alla media europea, a farne le spese sono soprattutto le donne. Non a caso l'Italia è addirittura 15esima tra i Paesi dell'Unione Europea per speranza di vita alla nascita senza limitazioni fisiche.

► Il divario tra Nord e Sud

Persiste il divario Nord-Sud, con ricadute anche gravi sulla salute degli italiani lungo lo Stivale, criticità che si registrano soprattutto in alcune regioni del Centro Sud. Nel Meridione i consumi *out of pocket* delle famiglie sono bassi, ma la quota di persone che dichiara di non aver soldi per pagarsi le cure è elevata. Si tratta di una persona su cinque, quattro volte la percentuale osservata nelle Regioni settentrionali.

Gli esiti di salute, in particolare la mortalità prevenibile attraverso adeguati interventi di Sanità Pubblica, sono più elevati nelle Regioni meridionali. La Campania e in particolare la Calabria sono le Regioni che nel quadro complessivo delineato dagli indicatori selezionati mostrano il profilo peggiore. Un'analisi su più parametri, ha infatti permesso di delineare il quadro della performance dei Servizi sanitari regionali e della dinamica osservabile nel periodo in studio, dal 2008 al 2015. La proiezione delle Re-

gioni sul piano delinea quattro gruppi di regioni: quelle a bassa *performance* (Campania, Sardegna, Sicilia in miglioramento, Calabria e Puglia) quelle a media *performance* (Basilicata in miglioramento, Molise in peggioramento, Abruzzo e Lazio), quelle con buona *performance* e alta spesa (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Piemonte e Liguria in peggioramento) e quelle ad alta *performance* (Umbria in peggioramento, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Friuli Venezia Giulia).

“È evidente il fallimento del Servizio sanitario nazionale anche nella sua ultima versione federalista - ha sottolineato Ricciardi -, nel ridurre le differenze di spesa e della performance tra le Regioni. Rimane aperto e sempre più urgente il dibattito sul 'segno' di tali differenze. Si tratta di differenze inique perché non 'natural', ma frutto di scelte politiche e gestionali”.

Che ci siano esiti di salute significativamente differenti nel nostro Paese tra Nord e Sud è confermato anche dal recente documento allegato ad DEF 2018 “Indicatori di Benessere equo e sostenibile”: il Mezzogiorno presenta valori dell'indicatore relativo alla speranza di vita in buona salute costantemente inferiori rispetto a quelli del Nord e del Centro nel periodo 2009-2016.

► Il commento della FNOMCeO e di Cittadinanzattiva

Sul fallimento della politica sanitaria declinata in versione federalista è intervenuta anche la FNOMCeO: "Questi dati dimostrano, senza ombra di dubbio, il fallimento delle nostre politiche sanitarie federalistiche e aziendalistiche". Con queste parole il presidente della Federazione Nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, **Filippo Anelli**, ha commentato quanto emerso dal Rapporto Osservasalute 2017 sullo Stato di salute e qualità dell'assistenza delle Regioni Italiane.

"Come medici - ha tenuto a precisare Anelli - non possiamo accettare un divario così grande tra Regioni, per il quale gli abitanti di alcune zone del Sud è come se appartenessero a un altro paese, per aspettativa di vita e di salute. Ci uniamo

quindi all'appello lanciato per un intervento rapido ed efficace che parta da un riequilibrio del riparto del Fondo Sanitario Nazionale, non basato sui fabbisogni teorici desumibili solo dalla struttura demografica delle Regioni, ma sui reali bisogni di salute, per arrivare a un recupero di qualità gestionale e operativa dell'intero sistema. Occorre, a nostro avviso, una vera alleanza tra Parlamento, Governo, Regioni, nella quale ogni attore deve fare la sua parte. Alle Regioni, chiediamo di cambiare i criteri di ripartizione del fondo in modo da non perseverare nella penalizzazione delle Regioni del Sud. Al Governo, di aumentare i finanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale, oggi molto al di sotto della media degli altri paesi OCSE; al Parlamento, di modificare il sistema di Governance, con la revisione della Legge 502/92 di riforma del Servizio Sanitario Nazionale e

dell'articolo 117 della Costituzione". "Sosteniamo la proposta di ripartizione dei fondi avanzata dalla FNOMCeO", ha dichiarato **Antonio Gaudioso**, segretario generale di Cittadinanzattiva, "una idea che abbiamo fatto nostra anche attraverso la recente proposta di riforma dell'articolo 117 della Costituzione, con la campagna "Diffondi la salute" (www.diffondilasalute.it), lanciata insieme a decine di organizzazioni civiche, professionali e imprenditoriali tra cui la stessa Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici. È fondamentale affrontare il nodo delle disparità territoriali tra i diritti dei cittadini, ancora più chiari, se ce ne fosse bisogno, dopo i dati diffusi da Osservasalute. Le eccellenze devono essere diffuse sull'intero territorio nazionale, non si può accettare che la qualità della nostra assistenza sia legata al luogo in cui si nasce o vive".

M.D. DIGITAL

Informazioni
Interviste
News
Approfondimenti

**Per il medico
sempre aggiornato
dal mondo clinico
e professionale**

www.md-digital.it

La riforma lombarda delle cronicità: lo stato dell'arte

Il 48% dei Mmg lombardi sono coinvolti nel nuovo progetto di presa in carico dei pazienti cronici, insieme a 2.800 farmacie territoriali private, pubbliche e anche quelle di nuova apertura. Ad oggi sono stati arruolati oltre 100mila pazienti. Questi, in sintesi, i dati forniti durante l'incontro svoltosi a Milano: Modello lombardo 4.0 - dal territorio agli ospedali, organizzato da Motore Sanità

La riforma lombarda della cronicità si appresta a passare alla seconda fase applicativa: la presa in carico del paziente cronico. In un recente convegno, svoltosi a Milano, organizzato da Motore Sanità, dal titolo 'Modello lombardo 4.0 - dal territorio agli ospedali' si è fatto il punto della situazione, analizzando lo stato dell'arte.

La riforma mira a creare una stretta collaborazione tra territorio e ospedali, quindi tra medici di medicina generale e specialisti, per una presa in carico complessiva di chi soffre di malattie croniche. Il 48% dei medici di medicina generale lombardi, 2.570, sono coinvolti in questo progetto, così come le 2.800 farmacie territoriali private, pubbliche e anche quelle di nuova apertura. Il collante di questa integrazione sarà la tecnologia, che grazie alla telemedicina, al telemonitoraggio e al fascicolo sanitario elettronico, avrà un ruolo primario in questo processo di cambiamento. I pazienti cronici hanno ricevuto, a partire da gennaio di quest'anno, una lettera dalla Regione nella quale si chiedeva loro di scegliere un gestore indirizzandoli verso il proprio medico di famiglia, laddove questo avesse aderito al progetto di riforma accettando di diventare 'gestore'. Il medico di fami-

glia stila il Pai (Piano assistenziale individuale) ed è il responsabile clinico. Il Pai deve essere disponibile sul fascicolo sanitario elettronico attraverso il sistema informatico. Il *case manager*, personale sanitario non medico individuato dal gestore, prende in carico da un punto di vista gestionale il piano di cura stilato dal medico di famiglia del paziente cronico e fa in modo che il paziente attui il suo piano di cura facendo *engagement empowerment* del paziente cronico. Gli erogatori pubblici e privati che hanno stipulato un contratto con il gestore devono rendere disponibili degli spazi di prenotazione per poter inserire le prestazioni presenti nel Pai.

Ad oggi sono stati arruolati oltre 100mila pazienti nella presa in carico, la maggior parte dei quali dai medici di medicina generale.

► Alcuni punti da risolvere

"Tuttavia il progetto deve risolvere alcuni punti rispetto all'attuazione di quanto è già stato predisposto nelle delibere attuative - ha spiegato **Gabriella Levato**, segretario regionale Fimmg Lombardia -. I primi riguardano gli applicativi informatici della presa in carico, mi riferisco, per esempio, alla nuova normativa sulla

privacy a cui bisogna adeguarsi o alle specifiche di integrazione con il Siss. Circa la nuova legge sulla *privacy* che verrà attuata a partire dal 25 maggio, ci troviamo di fronte al fatto che dobbiamo riformulare o, comunque, mettere dei dati ulteriori nel consenso informato che avevamo già predisposto. L'altra criticità riguarda le agende degli erogatori che in questo momento non ci vengono messe a disposizione, con il risultato che non riusciamo a prenotare gli esami come da piano individuale. Il progetto di presa in carico nasce anche con lo scopo di integrare realmente i diversi attori coinvolti nel processo di cura e la disponibilità delle agende degli erogatori e un *sine qua non*, sono sicura che Regione si adopererà affinché si possa entrare nel pieno del progetto quanto prima".

► Una rivoluzione culturale

"Stiamo mettendo concretamente in atto una vera e propria rivoluzione culturale che come tutti i cambiamenti provoca delle resistenze - ha dichiarato **Giulio Gallera**, assessore al Welfare di Regione Lombardia -. Il nostro obiettivo è preservare il sistema universalistico che a causa di continui tagli e scarsi investimenti da parte del Governo nazionale in sani-



tà rischia di essere compromesso. La nostra riforma non può certo risolvere questi problemi, ma attraverso un miglior utilizzo delle risorse e una riorganizzazione della presa in carico dei pazienti cronici, che assor-

bono il 70% delle risorse, cerchiamo di contenere i danni. Abbiamo scritto delle delibere e messo in piedi una sperimentazione, che come tale, ha margini di miglioramento. Le abbiamo scritte per valorizzare la figura

del medico di medicina generale che per noi resta la figura fondamentale per la presa in carico del paziente cronico, per questo contiamo che un numero sempre maggiore di loro decida di aderire".

E intanto l'OMCeO di Milano mette in guardia i medici dai rischi medico legali

In un documento predisposto da un Gruppo di Lavoro, promosso da OMCeO Milano, si evidenziano le possibili ricadute medico-legali in ambito di responsabilità medica per specialisti e Mmg a seguito delle nuove modalità di gestione del paziente cronico introdotte con le recenti delibere regionali

«L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano, che mi onoro di presiedere - ha affermato **Roberto Carlo Rossi** -, tramite il contributo di un Gruppo di lavoro costituito *ad hoc*, ha messo a punto un documento in cui si evidenziano le maggiori responsabilità a cui vanno incontro i medici che, a vario titolo, devono farsi carico della definizione del percorso di gestione del malato cronico e delle prestazioni correlate, a seguito delle delibere di cosiddetta presa in carico della cronicità voluta dalla Giunta Regionale Lombarda. Si tratta di un contributo peculiare e tecnico che prescinde completamente da qualsiasi giudizio di fondo sulla bontà e/o condivisibilità di tale riforma".

► Le implicazioni per i Mmg

Nella prima parte del documento sono prese in esame le responsabilità aggiuntive (di tipo organizzativo/burocratico, ma non solo) per il Mmg che si fa carico della stesura del Piano di Assistenza Individuale (Pai). Ancora più complesso si prefigura l'accompagnamento del paziente al-

la realizzazione del piano precedentemente strutturato. Al medico, infatti, è richiesta una diligenza sicuramente maggiore che in passato. In caso di mancata realizzazione di taluni adempimenti da parte del paziente, il medico dovrà verificare che siano stati adottati dal 'gestore' i necessari meccanismi di recupero (ad esempio: telefonici, epistolari) per la realizzazione del protocollo. Più difficile da definire, infine, si configura, la definizione di responsabilità per il Mmg che non abbia aderito alla riforma; perché egli è pur sempre il medico curante dello stesso paziente cronico. Qualora si configurino divergenze, dopo aver segnalato il proprio punto di vista, è opportuno che il Mmg, si legge nel documento, "lasci ampia traccia, nella scheda sanitaria individuale del paziente, di tutti questi passaggi logici: comunicazione scritta al Gestore delle proprie valutazioni cliniche, spiegazione chiara al paziente (anche con rilascio di propria attestazione)". In tal modo, il Mmg "in caso di effetti pratici negativi di un Pai inadeguato", potrà opporsi, documenti alla mano, ad una richiesta risarcitoria.

► E quelle per gli specialisti

Più complessi e onerosi sono i profili di responsabilità evidenziati per il Medico Specialista, il quale, essendo esperto e titolato alla gestione di una specifica branca della Medicina, corre il rischio, con le proprie prescrizioni, di determinare interazioni negative a seguito di altre prescrizioni terapeutiche seguite dal paziente. In questo caso, oltre a dotarsi di "robusto" supporto pratico e documentale degli ulteriori specialisti interessati, si caricherà comunque di un compito esorbitante rispetto al proprio angolo visuale professionale. "In caso di controversia giudiziaria - si legge nel documento - con addebito di responsabilità per carenza o insufficienza del Pai, egli potrà invocare l'antico e non abrogato criterio della media preparazione, ma ciò non toglie che egli si troverebbe in prima linea a rispondere (avendoli di fatto assunti, peraltro senza aver avuto la facoltà di scelta di cui invece gode il Mmg) di compiti che non fanno parte del suo bagaglio specialistico". "I professionisti - conclude il documento -, siano essi Mmg o professionisti di struttura, non si trovino a dover trascurare questo aspetto tutt'altro che secondario dell'intera questione essendo incontrovertibile che non sarà certamente possibile declassare il momento del consenso informato ad ordinario ed implicito passaggio burocratico per il solo fatto di avere aderito alle prestazioni del Gestore".

Un contratto senza capo né coda

Un contratto è un accordo tra diverse parti per cercare un'intesa che sia sostenuta e normata da regole ed obiettivi. Ebbene, nell'accordo siglato per i medici delle cure primarie c'è solo la parvenza di tutto ciò. L'approssimazione dei contenuti rappresenta un pericolo per lo spazio che lascia alle differenti interpretazioni che ne possono scaturire

Alessandro Chiari - Segretario regionale Smi - Emilia Romagna

Ogni contratto di lavoro è figlio del suo tempo, sia politicamente sia sindacalmente. In questo momento particolare della storia italiana, questa improvvisata pre-intesa contrattuale per il rinnovo della Convenzione dei medici delle cure primarie non poteva che rispecchiare l'ambiente diletantesco in cui si sta muovendo la classe dirigente del nostro Paese ed in particolare ciò che esprime il Ministero e la Sisac, ovvero quel tipo di sanità da "Bar dello Sport" a cui purtroppo anche noi medici ci stiamo giocoforza abituando.

► Politicamente corretto?

Dopo anni di vacanza contrattuale all'improvviso, da un governo in scadenza, viene proposta ai sindacati una pre-intesa che viene firmata in due distinte sedute i cui contenuti sono approssimativi quanto pericolosi. Già un contratto che nasce in un frangente simile è chiaramente condizionato più da scadenze elettorali che da un vero progetto assistenziale/sanitario o da esigenze professionali e di categoria; quindi ancora una volta in più la sanità viene asservita alla politica mentre il buonsenso, e forse anche il comune senso del pudore, vorrebbero vedere il contrario. Il risultato

è qualcosa che ha la parvenza di un contratto, ma che invece di fissare dei paletti, un progetto, un percorso o degli obiettivi, appare talmente approssimativo da rappresentare un pericolo per lo spazio che lascia alle differenti interpretazioni che ne possono scaturire. Nelle pagine firmate infatti ci sono dei contenuti equivoci tali da diventare insidiosi. L'unico problema risolto è quello degli arretrati, che sono comunque liquidati con enorme ritardo, ma non c'è ancora nessun investimento sul territorio per poter strutturare gli studi dei Mmg di quanto necessitano per poter effettuare quelle prestazioni diagnostiche declinate nell'accordo. Si parla di un massimale fino a duemila pazienti con una semplicità che lascia sconcertati se solamente si pensa al fattore qualitativo che è sempre inversamente proporzionale al concetto quantitativo: si agita lo spettro di un ancora maggior carico di lavoro per il Mmg al quale si tenta di affibbiare anche buona parte della problematica sociale senza però aver niente in cambio.

► Un paradosso

Leggendo l'accordo sembra che la "Balduzzi" non sia mai stata scritta, mentre dal punto di vista nor-

mativo è ancora viva e vegeta. Anzi, a mio parere, a questo punto tale normativa, dalla disgrazia che rappresentava, per le scelte avventate, diventa quasi un baluardo di salvaguardia per la figura del medico di medicina generale.

Inoltre la Convenzione siglata pare aver del tutto dimenticato il ruolo dei medici di continuità assistenziale che spariscono quasi dall'organizzazione dell'assistenza territoriale malgrado abbiano ancora un ruolo fondamentale in tale contesto: basterebbe intervenire aggiornandone il percorso formativo, rendendolo propedeutico alla complessità assistenziale che progressivamente e operativamente hanno già affrontato i colleghi della medicina generale, in modo da realizzare una vera continuità dell'assistenza. "Confusione: sarà il mio epitaffio" cantavano i King Crimson negli anni Settanta e la confusione normativa è ciò che questo contratto ci lascia in eredità.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Alessandro Chiari

Riordino delle cure primarie: servono innovazione, tradizione e risorse certe

È quanto sostiene il presidente Snam **Angelo Testa** che denuncia la mancanza di una vera strategia di riordino delle cure primarie di tipo culturale prima ancora che tecnico-amministrativo

Il riordino delle cure primarie lascia e le sperimentazioni regionali preoccupano visto che in molti casi hanno fatto entrare il privato a pieno titolo nell'assistenza sanitaria ai pazienti cronici. Di questo è convinto il presidente dello Snam **Angelo Testa** che, in una recente dichiarazione, ha sottolineato: "C'è uno stallo istituzionale inerente all'assistenza territoriale dovuto all'incertezza politica del momento, ma comunque anche prima si avvertiva la mancanza di una vera strategia di riordino delle cure primarie, di tipo culturale prima ancora che tecnico-amministrativo".

Il presidente dello Snam ribadisce la necessità di una riorganizzazione delle cure primarie, ma le soluzioni prospettate e già sperimentate in alcuni territori lo preoccupano.

"Il nostro comparto - precisa - presenta tante criticità e l'evoluzione dei tempi necessita assolutamente un tavolo permanente di lavoro per costruire ed affrontare le sfide per il futuro della sanità territoriale. Se invece qualcuno pensa che il rinnovamento o presunto tale sia il pretesto per effettuare tagli di posti di lavoro ed ore lavorative allora, paradossalmente, è meglio tenere il cosiddetto *status quo*".

"Il pericolo concreto - spiega - è rappresentato dalle Regioni che, con vorticosi buchi di bilancio per il malgoverno che hanno attuato in sanità, si 'inventano' modelli straordinari di stravolgimento dell'assistenza territoriale, volti di fatto a tagli mascherati da innovazione. Il piano di riorganizzazione delle cure territoriali presentato in Sardegna dalla parte pubblica ai sindacati, per esempio, sembra proprio un esercizio ragionieristico di tagli. E cosa dire poi dell'esperienza in essere in Lombardia in cui attraverso i 'gestori' è stato di fatto entrare il privato a pieno titolo nell'assistenza sanitaria ai pazienti cronici".

► Che fare?

Eppure per rispondere alle nuove esigenze di cure sul territorio le priorità per Testa sono ben evidenti.

"È necessario concentrarsi sulla reale informatizzazione di tutto il sistema sanitario - continua il presidente Snam - sul governo clinico territoriale relativo alla presa in carico dei bisogni dei pazienti con particolare riferimento alla cronicità. C'è bisogno di un finanziamento certo del comparto anche per poter garantire un accesso veloce

dei giovani medici nel sistema per poter tappare le falle di assistenza in essere in alcuni territori, soprattutto del Nord Italia e formare altri medici in vista delle prossime carenze dovute ai prepensionamenti ed ai pensionamenti".

"In attesa della formazione del nuovo governo - tiene a evidenziare - il sindacato che rappresento, continuerà il suo lavoro, attraverso interlocuzioni interne con un incontro del comitato centrale ed un altro appuntamento di comitato centrale e consiglio nazionale a giugno e continuando a collaborare con tutte le parti politiche per condividere la costruzione di una forte medicina territoriale, quella metropolitana e quella rurale differenti fra loro, esaltando il rapporto medico paziente e non paziente struttura. Il tutto cercando di imprimere un freno ai 'laboratori sperimentali improvvisati' delle Regioni e insistendo nel chiedere i necessari finanziamenti da dedicare al futuro delle cure primarie. Siamo fermamente convinti che non può esistere un sistema sanitario pubblico senza una Medicina Generale rinnovata ed adeguata ai tempi che viviamo, che però non rinneghi la tradizione della Medicina della Famiglia e le proprie *core competence*".

Differenza tra prescrizione di ausili e contenzione

Responsabilità professionale dei sanitari nella prescrizione degli ausili “non personalizzati”

Cesare Taraschi - *Magistrato Tribunale di Salerno*

Simona Pelliccia - *Avvocato, Foro di Caserta*

Il medico si trova spesso a prescrivere un ausilio a domicilio o nelle residenze protette per anziani, con il dovuto consenso informato dell'assistito o suo rappresentante legale come previsto dalla legge n.219/2017.

Secondo la legge n. 104/1992 gli ausili sono forniti con onere a carico del Ssn alle persone invalide e disabili su specifica indicazione clinica per funzione riabilitativa o mantenimento di una postura corretta.

Le modalità di prescrizione sono definite dal D.M. Sanità n. 332/1999 e dal DPCM 12/01/2017: gli ausili “personalizzati” devono essere prescritti dal medico specialista pubblico dipendente o convenzionato e il medico curante convenzionato col Servizio sanitario nazionale può prescrivere gli ausili “non personalizzati”, anche avvalendosi della valutazione del fisioterapista abilitato dal D.M. n.741/1994 per la scelta appropriata dell'ausilio non personalizzato.

Le spondine a letto (cod. 18.12.27.103), il tavolino servitore (cod. 12.24.15.109) e le cinghie pettorali (cod. 12.24.06.136) in carrozzina sono definite ausili non personalizzati dal nomenclatore-tarifario in D.M.

Sanità n. 332/1999 e in allegato 5 del DPCM 12/01/2017. Il piano riabilitativo assistenziale individuale (PRAI) integra la prescrizione medica solo quando l'ausilio ha finalità riabilitativa.

Nella Raccomandazione n. 13/2011 del Ministero della Salute l'applicazione di ausili è riconosciuta anche come mezzo di prevenzione delle cadute dannose prevedibili ed evitabili in base alla valutazione del profilo di rischio dell'assistito. La Regione FVG con DGR n.1904/2016 in merito al superamento della contenzione ha affermato che l'uso appropriato di ausili non costituisce contenzione, stabilendo così una ragionevole distinzione tra uso di ausili codificati e contenzione meccanica.

Non è considerato contenzione l'uso di cinture di sicurezza e spondine laterali per carrozzine e barelle durante i trasporti in quanto previsto dal Codice della Strada (Cass. pen. n. 36777/2015), dei dispositivi per conservare la corretta postura su letto operatorio e su letto di radiodiagnostica, di mezze spondine e singola spondina al letto che consentano senza scavalco la discesa dal letto, di apparecchi gessati e letti ortopedici pediatrici.

► Posizione di garanzia

L'art. 1 della legge n. 24/2017 afferma che la sicurezza delle cure è parte del diritto alla salute. L'affidamento di una persona alla protezione e alle cure di una struttura sanitaria comporta a carico di plurimi soggetti incaricati nel percorso assistenziale l'obbligo di tutela della salute e della vita dell'assistito, derivante dagli artt. 2 e 32 della Costituzione (Cass. pen. n. 11136/2015, n. 46824/11 e n. 20584/10).

La Costituzione afferma che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (art.32), in conformità ai principi di inviolabilità della libertà personale (art. 13) e di tutela dei diritti inviolabili della persona (art.2) comprendenti anche il diritto alla tutela della vita che è il presupposto di tutti gli altri diritti (Corte Cost. ordinanza n. 334/2008).

La responsabilità del sanitario, definita posizione di garanzia, include il dovere di tutelare l'integrità psico-fisica dell'assistito da tutte le fonti di rischio che possono ledere l'integrità e il dovere di neutralizzare le fonti di pericolo che possono minacciare l'integrità psico-

fisica di terzi. La responsabilità degli operatori non si limita all'obbligo di garantire la cura e la custodia della persona assistita, ma si estende anche ai fatti dannosi compiuti dagli incapaci affidati alla loro sorveglianza (art. 2047 c.c.). Affinché una condotta omissiva sia assunta come fonte di responsabilità per danni (art. 2043 c.c.), occorre individuare nel caso specifico un obbligo giuridico di impedire l'evento lamentato, che può derivare da una norma o contratto fra il titolare dell'interesse leso e il soggetto chiamato a rispondere della lesione (Cass. civ. n. 13957/05, n. 13892/05, n. 9590/98) o anche da omissione dei doveri di solidarietà sociale di cui all'art. 2 Cost (Cass. civ. n. 22344/14).

La circostanza che il paziente sia capace di intendere o di volere ovvero il fatto che non sia soggetto ad alcun trattamento sanitario obbligatorio, non esclude tale obbligo, ma può incidere solo sulle modalità del suo adempimento (Cass. civ. n. 22331/14) poiché anche una persona capace di intendere e di volere può aver bisogno di vigilanza e protezione per evitare che subisca un danno. Il fondamento degli obblighi impeditivi si coglie nella necessità di assicurare a determinati beni (salute e vita) una tutela rafforzata nell'incapacità dei loro titolari a proteggerli.

► **Contenzione extrema ratio**

Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), nel parere del 23 aprile 2015, afferma la regola etica di superare la contenzione come metodica abituale di assistenza nel rispetto dei diritti della persona, ma riconosce anche la necessità della

contenzione temporanea come extrema ratio nei casi di pericolo grave e attuale che l'assistito compia atti autolesivi o commetta un reato a danno di terze persone. Inoltre afferma che la contenzione deve essere prescritta dal medico, annotata in cartella clinica, monitorata e interrotta quando non più necessaria.

L'art. 32 del Codice Deontologico Medico 2014 afferma che il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e sicurezza della persona. L'art. 30 del Codice Deontologico Infermieristico 2009 afferma: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali".

Secondo l'IPASVI, la contenzione può essere indicata quando esiste un pericolo grave e imminente di suicidio, se l'assistito diventa violento verso terzi e/o se tende a strapparsi i presidi per i trattamenti salvavita (www.ipasvi.it/print/click-salute/7.htm).

I giudici hanno spesso condannato gli operatori sanitari per il danno subito dagli assistiti affidati alle loro cure a causa di omessa applicazione temporanea della contenzione nel momento eccezionale di pericolo grave e immediato per la vita dell'assistito o di terzi (Cass. pen. n. 28704/2015, n. 11136/2015, n. 9170/2013, n. 21285/2013, n. 23661/13, n. 16075/2013, n. 18950/2009, n. 48292/2008). L'impedimento di atti auto ed eterolesivi del paziente rientra nell'obbligo di cura (Cass. pen. n. 48292/08).

L'uso ingiustificato della contenzione come metodica di assistenza è invece illecito e può configurare i reati di violenza privata (art. 610 c.p.), maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.) o sequestro di persona (art. 605 c.p.).

La Corte di Appello di Salerno, con sentenza n. 2296 del 15 novembre 2016, ha affermato che la contenzione è lecita solo per motivi cautelari che possano far invocare uno stato di necessità (art. 54 c.p.), in quanto rappresenta l'*extrema ratio* di un'attività assistenziale rientrando nel dovere di protezione gravante sul personale sanitario che ha in carico il paziente, al fine di sottrarre temporaneamente l'assistito ad un grave pericolo attuale, prevenibile ed evitabile.

La "riforma Basaglia" (L. n. 180/78) ha evitato di prendere posizione in ordine alla contenzione. L'unico riferimento normativo vigente alla contenzione è contenuto nell'Ordinamento Penitenziario, legge n. 354 del 1975, che all'art. 41 legittima l'uso di coercizione fisica nei casi previsti dal regolamento di esecuzione (art. 82 DPR n. 230/2000).

La Corte di Cassazione, nel dare l'interpretazione autentica delle leggi (art. 65, legge n. 12/44), non ha dubbi circa l'obbligo di imporre temporanee restrizioni della libertà personale del paziente come "extrema ratio", se ciò è funzionale alla prevenzione di gravi atti auto o eterolesivi.

Bibliografia

- M. Marin: Assistenza senza contenzione, in www.personaedanno.it
- Marques P: JBD Database System Rev Implement Rep. 2017; 15/10: 2527-2554.

AGGIORNAMENTI



■ **DIABETOLOGIA**

Diabetoporesi, una nuova entità nosologica?

■ **EPATOLOGIA**

Evoluzione della steatosi epatica e legame con il microbiota

■ **MEDICINA INTERNA**

Sali di potassio nel trattamento dell'ipokaliemia

■ **INFETTIVOLOGIA**

Malattia di Lyme, nuove indicazioni del NICE

■ **RADIOLOGIA INTERVENTISTICA**

Trattamento percutaneo del nodulo tiroideo benigno

■ **REUMATOLOGIA**

Trattamento dell'iperuricemia nel paziente con gotta

■ DIABETOLOGIA

Diabetoporosi, una nuova entità nosologica?

L'osso fragile del paziente diabetico: si tratta di una condizione evidenziata in numerosi studi epidemiologici.

Questi studi hanno sottolineato l'impatto del rischio fratturativo nei soggetti diabetici, nei quali la frattura può verificarsi anche con un decennio di anticipo rispetto a quanto accade nella popolazione generale.

A parità di età il rischio di frattura è da 3 a 5 volte più elevato in caso di diabete di tipo 1 e del 50% più alto nel diabete di tipo 2, ed è tanto più evidente quanto maggiore è la durata della malattia o il controllo della stessa non è soddisfacente.

Questa correlazione è ben comprensibile nel DM1 in cui la densità minerale ossea risulta ridotta rispetto al dato medio della popolazione generale.

Al contrario non appare chiara l'associazione nel diabete di tipo 2, condizione in cui è difficilmente evidenziabile una minore densità ossea a motivo dell'incremento ponderale e della maggiore quantità di grasso corporeo che contribuiscono a invalidare la diagnosi densitometrica di osteoporosi (T-score).

► Meccanismi che portano alla frattura

I meccanismi che portano alla frattura sono quindi diversi a seconda del tipo di diabete. Nel DM1, l'iperglicemia cronica esercita effetti deleteri sul metabolismo osseo: la formazione ossea è compromessa a causa degli effetti tossici diretti di glucosio e/o dei prodotti finali della glicazione avanzata (AGE) sugli osteoblasti. A ciò si aggiunge anche un effetto sulla differenziazione delle cellule mesenchimali che si differenziano in osteoblasti e adipociti, in particolare a causa di uno sfondo di flogosi cronica, di meccanismi autoimmuni causa di ipogonadismo e di anomalie dei recettori della vitamina D.

Inoltre, è noto che gli osteoblasti necessitano di glucosio per la loro sopravvivenza, e che una glicemia elevata riduce il numero di trasportatori del glucosio, come nel caso del bambino con DM1 nel quale si osserva una ridotta osteoformazione che spiega perché questi pazienti hanno minore densità minerale ossea.

Nel DM2, l'obesità porta a un sovraccarico articolare, mentre l'insulino-resistenza determina condizioni di iperglicemia dannose per il tessuto osseo. In una seconda fase, l'o-

steopenia diabetica derivante da questi meccanismi risente anche delle anomalie microvascolari e della presenza di stress ossidativo caratterizzato dalla presenza massiccia di prodotti finali della glicazione (AGE) tra cui la pentosidina è probabilmente la più uno dei più facili da dosare. Nel DM2 la definizione più calzante è quella di fragilità ossea, imputabile alla presenza di AGE che, legandosi con difficoltà al collagene, riducono la coesione ossea. Inoltre l'obesità comporta uno stress maggiore sulle articolazioni. Il tessuto addominale è poi una sede importante di sintesi di citochine infiammatorie che a loro volta esercitano effetti deleteri sulla matrice ossea. Alterazioni del collagene e presenza di fattori pro-infiammatori lavorano in sinergia nel ridurre la resistenza ossea, evidenziabile con aumento della porosità corticale dell'osso, un effetto negativo che aumenta nel tempo.

È quindi la qualità dell'osso e non la sua quantità che viene alterata nel paziente con DM2. Il rischio di frattura di questi soggetti dovrebbe quindi essere preso in considerazione, in particolare trattando in modo aggressivo i fattori di rischio vascolare, evitando quei farmaci antidiabetici che aumentano il rischio di osteoporosi e favorendo gli agenti anti-osteoporosi in grado di preservare la funzione pancreatica.

Bibliografia

- Ferrari S. Pathophysiology of bone fragility in diabetes. WCO-IOF-ESCEO 2018. Cracovia, 19-22 aprile 2018.

■ EPATOLOGIA

Evoluzione della steatosi epatica e legame con il microbiota

Il profilo del microbiota intestinale potrebbe essere un predittore di sviluppo dell'epatocarcinoma nei soggetti a rischio con cirrosi epatica e steatosi epatica.

È quanto emerge dalla ricerca condotta presso la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma in collaborazione con la Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

L'alta prevalenza del fegato grasso nella popolazione generale (20-30%) e la stretta associazione con diabete e obesità (il 70% degli obesi, oltre l'80% dei diabetici presentano fegato grasso) fanno sì che la steatosi epatica rappresenti attualmente la prima causa di malattia cronica del fegato.

"L'asse fegato-intestino gioca un ruolo chiave nella patogenesi della steatosi epatica non alcolica (NAFLD) che è la 3ª causa al mondo di carcinoma epatocellulare (HCC) - spiega il Prof. **Antonio Gasbarrini**, Direttore dell'Area Gastroenterologia e Oncologia Medica della Fondazione Policlinico Gemelli. Tuttavia, il legame tra microbiota intestinale ed epatocarcinogenesi resta in gran parte da comprendere. L'obiettivo dello studio è stato esplorare le ca-

atteristiche del microbiota associate alla presenza di HCC nei pazienti con fegato grasso andati incontro a cirrosi epatica".

► Lo studio

I ricercatori hanno confrontato la flora intestinale di 61 pazienti, 21 con cirrosi da NAFLD e tumore epatico, 20 con cirrosi in assenza di tumore e 20 individui sani. In particolare è stato studiato il profilo del microbiota, la loro permeabilità intestinale e lo stato infiammatorio.

Dallo studio emerge che i pazienti con tumore epatico presentano livelli eccessivi di calprotectina fecale. Anche i livelli plasmatici di mediatori dell'infiammazione sono maggiori nei pazienti oncologici, che presentano anche un elevato quantitativo di cellule "immunosoppressive" e "attivate" nel sangue. Inoltre il microbiota dei pazienti con cirrosi era caratterizzato da una maggiore abbondanza di *Enterobacteriaceae* e *Streptococco* e una carenza di *Akkermansia*, quest'ultima parte del pool di batteri benefici per l'organismo. In aggiunta, tra i pazienti cirrotici quelli che presentavano un tu-

more del fegato risultavano deficitari anche in *Bifidobacterium*, mentre *Bacteroides* e *Ruminococcaceae* risultano incrementati. Il deficit di batteri "benefici" *Akkermansia* e *Bifidobacterium* è risultato inversamente correlato alla concentrazione di calprotectina, e i mediatori infiammatori e le cellule immuni circolanti risultano associati alla particolare composizione del microbiota intestinale. Dunque, le alterazioni del microbiota intestinale in questi pazienti potrebbero determinare lo sviluppo di un microambiente che favorisce l'insorgenza di tumore epatico mediante meccanismi diretti, infiammatori, e indiretti, di immunosoppressione.

"I nostri risultati", conclude Gasbarrini, "sono l'ennesimo tassello delle scoperte che ci sta permettendo la 'microbiota revolution', suggerendo che in questi pazienti il profilo del microbiota intestinale e l'infiammazione sistemica sono tra loro correlati e possono concorrere al processo di formazione del tumore epatico. In futuro, quindi, lo studio del microbiota intestinale potrà permettere di identificare i pazienti maggiormente a rischio e indirizzare i clinici verso interventi più mirati e personalizzati, come per esempio sostituire il microbiota intestinale 'malato' con uno 'sano' in grado di contrastare lo sviluppo della malattia".

Bibliografia

- *Hepatology* 2018; Apr 17. doi: 10.1002/hep.30036 (Epub ahead of print)

■ MEDICINA INTERNA

Sali di potassio nel trattamento dell'ipokaliemia

S eppur non formalmente definita, si considera come ipokaliemia una condizione in cui i livelli sierici di potassio sono <3.6 mmol/l¹. Com'è noto le cause possono essere svariate e possono essere legate a richiami di potassio a livello intracellulare (p. es. alcalosi metabolica, agonisti beta-adrenergici, ipertiroidismo, terapia dell'iperglicemia), a un aumento della sua deplezione (p.es. terapia di sostituzione renale, corticosteroidi), a una diminuzione del suo apporto o un'aumentata perdita a livello gastrointestinale (p. es. disturbi dell'alimentazione, alcolismo, diarrea, vomito), o perdita urinaria (p.es. diuretici dell'ansa e tiazidici, alcuni antimiocrocibici, chetoacidosi diabetica)¹. Per i pazienti con fattori di rischio noti per ipokaliemia, è quindi importante un attento monitoraggio per evitare la sequela di eventi avversi associati a deficit di potassio^{1,3} (tabella 1).

► 5 sali di potassio

In presenza di ipopotassiemia, l'integrazione con sali di potassio diventa quindi fondamentale e la scelta di una strategia adeguata un atto medico importante. Nei casi (che sono la grande maggioranza) in cui sia preferibile il trattamento per via ora-

le, esistono diverse opzioni, tra cui la possibilità di ricorrere non a un solo tipo di sale, ma a una miscela, erogabile su prescrizione medica. Potassion® è un farmaco a base di 5 sali di potassio (K⁺): 50% potassio bicarbonato, 25% potassio citrato, 10% potassio succinato, 10% potassio malato, 5% potassio tartrato, scelti al fine di offrire una serie di vantaggi. La selezione dei sali è stata infatti effettuata in base alla loro minore gastrolesività e quindi alla buona tollerabilità dopo assunzione orale⁴. È noto infatti come alcuni sali di potassio, come il cloruro, possano avere un'azione lesiva sulla mucosa gastrica. Il farmaco è inoltre utilizzabile, come terapia alcalinizzante, anche nel paziente affetto da deficit di potassio concomitante ad acidosi, oltre che in tutti gli altri casi di ipokaliemia⁴. Questo in particolare ricordando che il potassio bicarbonato, è un sale alcalino che può essere utilizzato anche in presenza di acidosi metabolica² e che il potassio citrato è utilizzato nei pazienti a rischio di calcolosi renale perché aumenta il pH urinario e riduce la saturazione dell'ossalato di calcio⁵. La forma farmaceutica di Potassion® è un granulato effervescente in bustine monodose. Dopo l'assunzione, sia del granulato come tale sia sciolto

Tabella 1

Eventi avversi associati a ipokaliemia^{2,3}

Effetti neuromuscolari

- Debolezza muscolare
- Mialgia
- Crampi muscolari
- Costipazione
- Paralisi flaccida
- Iporiflessia
- Rabdomiolisi (casi più gravi)

Effetti respiratori

- Depressione respiratoria (casi gravi)

Effetti renali

- Nefropatia ipokaliemica (diabete insipido nefrogenico, alcalosi, progressiva riduzione di GFR)

Effetti cardiovascolari

- Aritmie cardiache
- Alterazioni all'ECG
- Peggioramento dell'ipertensione
- Aumentata mortalità in pazienti con malattia cardiovascolare e nefropatia cronica

in acqua, il potassio è totalmente disponibile per l'organismo.⁴

I diversi sali contenuti in questo composto medicinale garantiscono un apporto di K⁺ pari a 1 g per bustina⁴. Poiché piccoli deficit di potassio a livello sierico sono il riflesso di grandi perdite a livello dell'organismo in toto, il ripristino dei normali livelli può richiedere una supplementazione sostanziale e prolungata¹.

Bibliografia

1. Weir MR, et al. *Postgrad Med* 2015; 127: 539 - 48
2. Daly K, et al. *J Ped Health Care* 2013; 27: 486 - 96.
3. Asmar A, et al. *Am J Kidney Dis* 2012; 60: 492 - 7
4. Potassion® Riassunto delle caratteristiche del prodotto
5. Tarpin S, et al. *Nat Rev* 2015; 12: 263 - 70



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Stefano Bellosta

■ INFETTIVOLOGIA

Malattia di Lyme, nuove indicazioni del NICE

La malattia di Lyme, o Borreliosi, è un'infezione sistemica causata da batteri del gruppo *Borrelia burgdorferi sensu lato* in Europa (appartenenti al *Phylum* delle *Spirochaetes*) e trasmessa dal morso di zecche del genere *Ixodes* e forse anche dalle *Amblyomma* e *Dermacentor* (le zecche del cane). I principali serbatoi dell'infezione sono rappresentati da animali selvatici (roditori, caprioli, cervi, volpi, lepri).

In circa la metà dei casi la prima manifestazione della patologia è una lesione cutanea (*erythema chronicum migrans*, ECM), che si palesa nell'arco di 4-25 giorni dall'inoculazione del batterio.

Se non si interviene in questa fase con specifiche cure antibiotiche, l'agente infettivo si diffonde dal sito del morso al resto del corpo nell'arco di 2-6 mesi. Ciò dà luogo a quadri clinici eterogenei che comprendono patologie neurologiche, cutanee, articolari e cardiache.

Una parte dei soggetti sviluppa sintomi cronici (fatica, deficit cognitivi, artralgia, neuropatie, paresi) che non rispondono ai trattamenti oggi disponibili, specialmente nel caso in cui le prime cure non siano state tempestive.

► Epidemiologia

La malattia di Lyme è la più comune malattia trasmessa dalle zecche nelle regioni temperate dell'emisfero settentrionale, con circa 85.000 casi l'anno in Europa. Attualmente, le regioni maggiormente interessate e ormai considerate endemiche sono Friuli Venezia Giulia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Trentino Alto Adige, mentre nelle regioni centro-meridionali e nelle isole le segnalazioni sono sporadiche. La reale incidenza della malattia di Lyme nell'uomo in Italia è sconosciuta a causa anche di dati molto discordanti.

In Italia è soggetta a notifica obbligatoria, ma secondo il DM 15 dicembre 1990 è inserita solo nella classe 5; questo comporta la comunicazione annuale dei casi totali accertati al Ministero della Salute, da parte delle Asl e dalla regione. Nonostante sia abbastanza diffusa è ancora poco conosciuta; per questo il National Institute for Health and Care Excellence (Nice) inglese ha messo a punto linee guida pubblicate sul British Medical Journal.

► Diagnosi e trattamento

In caso di sospetto di malattia e in assenza dell'*erythema migrans* la dia-

gnosi va eseguita con il test anticorpale anti-Borrelia (IgG e IgM), mediante test ELISA: e questo fosse negativo, in presenza di sintomi persistenti e di un forte sospetto di malattia di Lyme, considerare il trattamento con antibiotici in attesa dei risultati se vi è un alto sospetto clinico. In caso di test ELISA positivo, questo andrà confermato con un test immunoblot; in caso di positività la diagnosi è posta; se questo secondo test fosse invece negativo bisognerà considerare un'altra diagnosi.

Per il trattamento, le linee guida del Nice raccomandano di utilizzare una terapia antibiotica al massimo dosaggio possibile e per lunghi periodi, ovvero 3 o 4 settimane a seconda dell'antibiotico, e il tipo di antibiotico varia a seconda che siano coinvolti nervi cranici, cuore, sistema nervoso periferico o articolazioni.

Il bisogno di conoscere meglio la malattia di Lyme e i luoghi dove curarsi ha portato alcuni malati a dar vita all'"Associazione Lyme Italia e Coinfezioni", che si propone di diffondere la conoscenza della malattia, al fine di prevenirla e di supportare i malati nel riconoscimento di una corretta diagnosi e di cure adeguate. Per informazioni:

- infoassociazionelyme@gmail.com
- www.associazionelymeitalia.org/

Bibliografia

- BMJ 2018;361:k1261
- www.nice.org.uk
- Maccallini P. Malattia di Lyme (2016).
- www.associazionelymeitalia.org

■ RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Trattamento percutaneo del nodulo tiroideo benigno

■ **Salvatore Alessio Angileri¹, Andrea Sacrini¹, Chiara Floridi¹, Martina Gurgitano¹, Giovanni Pompili¹, Mario Petrillo¹, Anna Maria Ierardi¹, Gianpaolo Carrafiello^{1,2}**

I noduli benigni della tiroide rappresentano una patologia di comune riscontro nella popolazione generale con tassi di incidenza nelle casistiche presenti in letteratura che raggiungono il 75%.

La diagnosi è nella maggior parte dei casi un reperto occasionale con tasso di riscontro all'esame ecografico del collo che varia dal 20% al 76% della popolazione. I principali fattori di rischio sono l'età, il sesso femminile, l'esposizione a radiazioni ionizzanti e la carenza di iodio, con una percentuale di evoluzione maligna nel 7-15% dei casi.

zione ormonale (ipo o ipertiroidismo) ma anche con una problematica loco-regionale legata alla dimensioni e alla localizzazione dei noduli. Infatti oltre ad un difetto estetico (spesso molto sentito dal paziente), noduli voluminosi possono determinare discomfort a livello della regione del collo con sintomi che vanno dalla sensazione di corpo estraneo fino alla comparsa di segni da compressione delle strutture adiacenti quali esofago (disfagia), trachea (dispnea, laringiti e bronchiti ricorrenti) e nervo laringeo ricorrente (disfonia).

► Clinica

Quando asintomatici, i noduli tiroidei benigni non richiedono alcun tipo di trattamento, ma solo monitoraggio clinico-laboratoristico ed ecografico.

La sintomatologia, invece, può manifestarsi con un quadro di disfun-

► Diagnostica

Il nodulo viene inizialmente valutato dal medico durante l'esame obiettivo; in questo momento diagnostico ci si può avvalere anche di un score cosmetico che si basa sull'evidenza del nodulo all'ispezione e alla palpazione del collo (1 = massa non palpabile; 2 = non inestetismi ma massa palpabile; 3 = inestetismi in presenza di solo rigonfiamento del collo; 4 = evidenti problematiche estetiche).

Fa seguito la valutazione ematochimica della funzionalità tiroidea, in particolare la misurazione del TSH sierico, della tiroxina (FT4) e la triiodotironina (FT3) libere.

Una singola misurazione della calcitonina sierica non stimolata dovrebbe essere eseguita solo quando si sospetta un carcinoma midollare della tiroide.

In tutti i casi di noduli tiroidei palpabili, gozzo multinodulare, sintomi di iper o ipotiroidismo, e prima di ogni trattamento, va eseguita un'indagine ecografica specialistica.

Questo esame permette di valutare la morfologia, le dimensioni reali, il pattern di vascolarizzazione dei noduli, il rapporto con le strutture anatomiche adiacenti e l'eventuale presenza di linfonodi sospetti.

A seconda della componente prevalente (>80% del volume del nodulo), si riconoscono noduli solidi, cistici o misti.

In ogni caso, prima dell'esecuzione di qualsiasi trattamento percutaneo, va comprovata la benignità del nodulo target attraverso indagine citologica eseguita con agoaspirato eco-guidato e l'eventuale trattamento locale dei noduli deve sempre essere proposto al paziente da un'équipe multidisciplinare.

► Trattamenti

Il trattamento locale dei noduli benigni, indipendentemente dal quadro ormonale, è indicato in presenza di sintomi da compressione e per fini estetici.

Lo standard di cura è la tiroidecto-

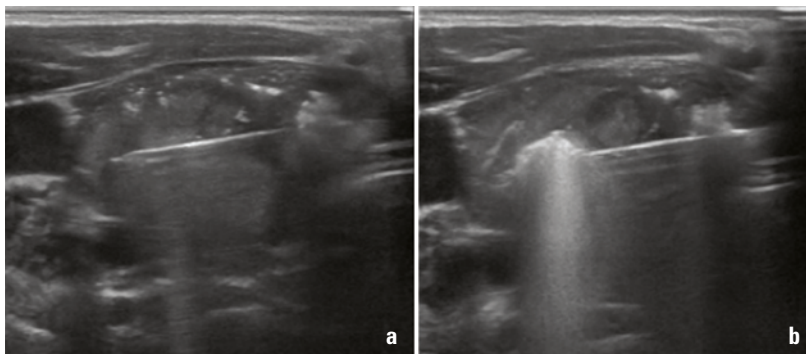
ASST Santi Paolo Carlo Presidio San Paolo
Università degli Studi di Milano

¹Radiologia Diagnostica ed Interventistica

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

Figura 1

Esame ecografico del nodulo tiroideo



*a. Esame ecografico durante il posizionamento dell'ago da radiofrequenza nel nodulo tiroideo
b. aspetto iperecogeno della zona trattata*

mia totale o parziale. Tuttavia la chirurgia è associata ad una percentuale di complicanze pari al 2-10% tra cui cicatrici, ipotiroidismo/ipoparatiroidismo postoperatorio, lesioni del nervo laringeo ricorrente e rischi associati all'anestesia generale.

Negli ultimi anni, sono state sviluppate tecniche mininvasive non chirurgiche, a partire dall'iniezione di etanolo percutaneo (PEI), all'ablazione mediante laser o radiofrequenza (RFA) o micro-onde (MWA), fino alla più recente applicazione degli ultrasuoni focalizzati ad alta intensità. Questi trattamenti vengono eseguiti in anestesia locale in regime di day hospital, con notevoli vantaggi, rispetto alla chirurgia, tra cui la mini-invasività del trattamento ed i minori costi correlati. Le tecniche ablative sono raccomandate per il trattamento dei noduli solidi o prevalentemente solidi con volume

>20 ml in pazienti con sintomi locali o disturbi cosmetici; nei noduli caldi o freddi alla scintigrafia, o tossici o pre-tossici, quando la chirurgia e l'iodio radioattivo sono controindicati o declinati.

La RFA rappresenta la tecnica maggiormente utilizzata sia per i noduli cistici sia per i noduli solidi, con riduzione del volume medio del nodulo (51-85%), e miglioramento dei sintomi già dopo 3-6 mesi. L'imaging di scelta nel posizionamento dell'ago e nel controllo sia durante che dopo il trattamento è l'ecografia (figura 1).

La percentuale di complicanze dei trattamenti percutanei è di circa il 3%, caratterizzata prevalentemente da ematoma e sensazione di discomfort.

Complicanza maggiore da segnalare è la disfonia inferiore all'1%.

I trattamenti termoablattivi vengono valutati con outcome clinici ed

ecografici. I primi riguardano la riduzione e quindi l'eliminazione dei sintomi riportati dal paziente prima del trattamento mentre i criteri ecografici tengono in considerazione in particolare la riduzione del volume dei noduli.

Il follow-up ecografico è previsto a 3-6 mesi ed 1 anno di distanza dal trattamento. La riduzione media del volume nelle varie casistiche presenti in letteratura è compresa tra il 47% e l'84% a 3-6 mesi, e tra il 62% e il 93% a 1 anno. Il miglioramento dei sintomi e dei problemi estetici è stato dimostrato in tutti gli studi.

► Conclusioni

I trattamenti mini invasivi percutanei della tiroide sono sicuri ed efficaci.

La RFA riduce significativamente il volume del nodulo tiroideo e migliora i sintomi clinici correlati, in modo efficace come la chirurgia, con un minor tasso di complicanze. La valutazione del paziente deve essere eseguita da una stretta collaborazione tra il medico di medicina generale, lo specialista endocrinologo e il radiologo interventista.



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

■ REUMATOLOGIA

Trattamento dell'iperuricemia nel paziente con gotta

La gotta dovuta all'iperuricemia, è una malattia infiammatoria cronica, considerata, come frequenza, la principale artropatia infiammatoria nella popolazione maschile. È una malattia fondamentalmente curabile, ma anche molto trascurata.

Se non adeguatamente trattata può provocare disabilità e distruzione articolare e si associa a comorbidità, come un aumentato rischio cardiovascolare, nefropatia, diabete, ipertensione arteriosa e aumento del rischio di mortalità rispetto ai soggetti senza gotta.

Con un intervento terapeutico adeguato che consenta di raggiungere il target di uricemia di 6 mg/dL, i pazienti possono non solo diminuire la prevalenza degli attacchi e sciogliere i depositi, ma anche ridurre il rischio cardiovascolare. L'utilizzo di un uricosurico in aggiunta a un inibitore della sintesi di acido urico, quando questo da solo non sia sufficiente a raggiungere il target, può essere un valido approccio.

"In Italia, fino a qualche mese fa, non erano disponibili uricosurici - ha puntualizzato il Prof. **Leonardo Punzi**, Direttore della UOC di Reumatologia dell'Azienda Ospe-

daliera dell'Università di Padova. Ora è disponibile anche nel nostro Paese un uricosurico di nuova generazione, lesinurad, che, a differenza dei vecchi trattamenti, non interferisce sui sistemi di eliminazione renale di metaboliti dell'organismo o con altri farmaci. Questo trattamento, da somministrare in associazione ad allopurinolo o febuxostat, riduce il riassorbimento dell'acido urico dal rene al plasma, e corregge la ridotta escrezione renale di acido urico. Visti i meccanismi che portano all'iperuricemia, si tratta di un approccio più 'fisiologico' al trattamento dell'iperuricemia e della gotta rispetto al passato".

"Il 60-70% dei pazienti con gotta dopo circa sei mesi tende a sospendere la terapia nel momento in cui gli attacchi scompaiono - ha affermato **Gerardo Medea**, Mmg Simg. I motivi dell'abbandono sono molteplici: è necessario sensibilizzare maggiormente il paziente per una migliore gestione della gotta e un monitoraggio dei sintomi simile a quanto messo in campo per alcune patologie croniche. Non da ultimo è necessario migliorare il confronto con gli specialisti e soprattutto la formazione di noi Mmg".

► Meccanismo d'azione

Lesinurad è un inibitore selettivo del riassorbimento di acido urico che inibisce il trasportatore di acido urico URAT1. URAT1 è responsabile della maggior parte del riassorbimento dal lume tubulare renale dell'acido urico filtrato. Inibendo URAT1, lesinurad aumenta l'escrezione di acido urico e diminuisce in tale modo i livelli sierici di acido urico (sUA); la molecola inibisce anche OAT4, un trasportatore di acido urico coinvolto nell'iperuricemia indotta da diuretici. In associazione all'attuale standard di cura, allopurinolo o febuxostat, lesinurad offre un doppio meccanismo d'azione, incrementando da un lato l'escrezione e diminuendo dall'altro la produzione di acido urico, consentendo così a un maggior numero di pazienti con una gotta non adeguatamente controllata di raggiungere gli obiettivi terapeutici target. Lesinurad, in associazione con un inibitore della xantina ossidasi, è indicato in soggetti adulti per il trattamento aggiuntivo dell'iperuricemia in pazienti con gotta (con o senza tofi) che non abbiano raggiunto livelli sierici target di acido urico con una dose adeguata di un inibitore della xantina ossidasi in monoterapia.



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

La fragilità ossea e lo score Fra-HS

Le potenzialità fornite dalla completezza della registrazione dei dati fanno dello score Fra-HS uno strumento prezioso per la valutazione del rischio di frattura e per la conseguente presa in carico dei pazienti da parte del Mmg. Unitamente al ruolo dei corretti stili di vita il tema è stato dibattuto anche a Nutrimi, XII Forum di Nutrizione Pratica di Milano

Raffaella Michieli - Segretario Nazionale SIMG - Responsabile Area Salute Donna

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una riduzione della massa ossea e da alterazioni qualitative scheletriche tali da determinare una compromissione della resistenza dell'osso che predispone a un aumentato rischio di frattura.

La valutazione del rischio di frattura deve essere distinta dalla diagnosi di osteoporosi, tenendo conto del valore individuale di tutti i fattori di rischio clinico.

La valutazione della BMD è adeguata per la diagnosi di osteoporosi (soglia diagnostica), ma l'identificazione di soggetti ad alto rischio di frattura in cui è appropriato un trattamento farmacologico specifico (soglia terapeutica) richiede la combinazione di BMD e fattori di rischio indipendenti. Questi includono: età, basso peso corporeo, precedenti fratture da fragilità, storia familiare di fratture da fragilità, fumo, uso di corticosteroidi sistemici, eccessivo consumo di alcol e artrite reumatoide. Il contributo di ognuno di questi fattori di rischio può essere valutato al fine di calcolare la probabilità di frattura, con o senza l'integrazione della BMD.

È possibile attraverso specifici algoritmi effettuare una valutazione integrata di BMD e dei più importanti fattori di rischio, parzialmente o totalmente indipendenti dalla BMD, tale da con-

sentire una stima più accurata del rischio di fratture da fragilità nel medio termine (5-10 anni successivi), e quindi l'identificazione di soggetti in cui un approfondimento diagnostico piuttosto che l'inizio di un trattamento farmacologico risulti più appropriato.

Attualmente per la valutazione integrata dei molteplici fattori di rischio si possono usare algoritmi matematici che quantizzano il rischio in termini di "10 year fracture risk".

Uno degli algoritmi oggi più utilizzati è il FRAX (www.shef.ac.uk/FRAX), che presenta tuttavia dei limiti intrinseci. Questo punteggio è basato su una serie di fattori di rischio che sono soggetti a variazioni in base alla popolazione di riferimento. Per tenere conto delle diverse peculiarità territoriali, il FRAX è stato implementato in diverse nazioni: in Italia è stato modificato nel 2008 impiegando i dati amministrativi ospedalieri. Questa scelta metodologica, tuttavia, presenta dei limiti di estrema rilevanza: non tutte le fratture osteoporotiche richiedono ospedalizzazione, come spesso accade per alcune fratture di vertebra, omero, polso/avambraccio, e inoltre i dati amministrativi non contengono informazioni fondamentali come il BMI (indice di massa corporea), lo stato di fumatore e l'abuso di alcol.

► L'algoritmo Fra-HS

I dati dei pazienti di età compresa fra i 50 e gli 85 anni presenti nel database Health Search, dove sono state registrate le informazioni di circa 1 milione di pazienti, hanno permesso la creazione di un algoritmo in linea con il FRAX, denominato Fra-HS (www.frahs.it).

Questo strumento produce un valore che non solo ci permette di alertarci in caso di pazienti che già necessitano di terapia, ma ci guida anche nel caso ci sia invece necessità di una procedura di approfondimento diagnostico come la densitometria ossea. Tale algoritmo è integrato nella cartella informatizzata usata dai medici di medicina generale e quindi di uso immediato su tutta la popolazione che accede alle cure primarie.

Lo score Fra-HS, rispetto al FRAX, può avere maggior validità nella popolazione Italiana di primary care, proprio perché rappresentativo di tale popolazione. Le potenzialità date dalla completezza della registrazione dei dati ne fanno uno strumento prezioso per la valutazione del rischio di frattura dei pazienti e per la conseguente presa in carico da parte del medico di medicina generale.

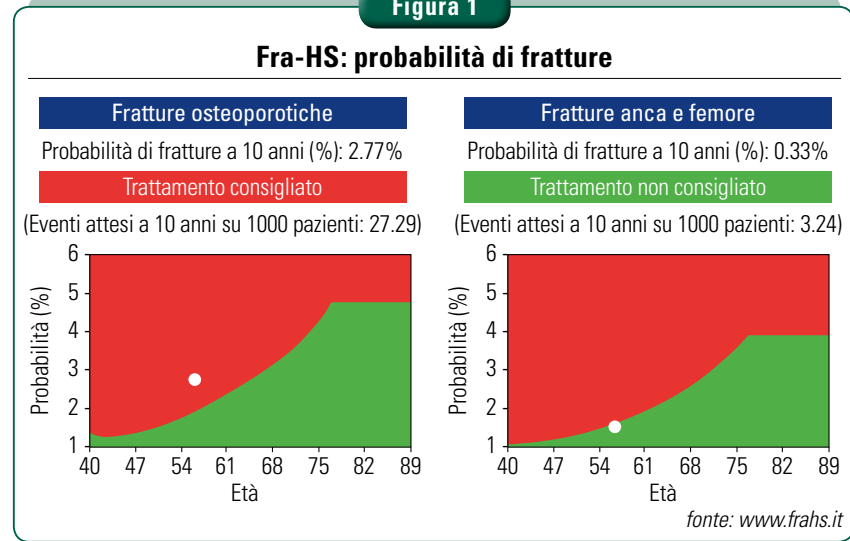
È il medico di medicina generale che meglio di chiunque altro può

contribuire all'identificazione capillare dei soggetti a maggiore rischio di frattura, attraverso la ricerca sistematica dei fattori di rischio clinico, che richiedano un approfondimento diagnostico attraverso la densitometria ossea e le altre eventuali indagini. Ed è sempre il Mmg che potrebbe contribuire, tramite la corretta registrazione dei dati nelle cartelle informatizzate, a rendere più efficace e reale la stima di incidenza di tale patologia e delle sue complicanze.

► Stili di vita e primary care

Un altro ruolo fondamentale del Mmg è quello della stimolazione al cambiamento degli stili di vita, fondamentali per la corretta formazione del picco di massa ossea nell'età adolescenziale, il suo mantenimento nell'età adulta e la prevenzione della perdita ossea oltre i 50 anni. Tra questi, i principali fattori suscettibili di cambiamento sono il fumo, la dieta e l'attività fisica.

- Il fumo è dannoso per le ossa perché porta alla menopausa precoce, accelerando il momento critico per la perdita ossea e comunque danneggia l'osso direttamente anche attraverso il danno al microcircolo. È un fattore di rischio indipendente dall'entità della BMD.
- Tutte le persone dovrebbero sapere quanto sia importante l'assunzione di calcio, dove sia principalmente contenuto e quanto ne serva al giorno a seconda delle differenti età. Non è difficile raggiungere le dosi consigliate grazie all'apporto alimentare, se non in presenza di restrizioni dietetiche dovute ad intolleranze alimentari (in particolare al lattosio) o a scelte di vita (vegetariana/vegana). È importante sottolineare che una dieta ricca in calcio (e quindi in latti-



cini), non è in contrasto con una dieta in caso di ipercolesterolemia. È molto importante sapere che una buona integrazione calcica può essere fatta anche attraverso l'assunzione di acqua medio minerale che arriva ad apportare anche 360 mg di calcio per un litro (quindi più o meno un terzo del fabbisogno quotidiano). È comunque consigliabile l'uso di una buona acqua del rubinetto piuttosto che di acque oligominerali. Senza entrare nel merito delle diatribe sull'integrazione con la vitamina D, ricordiamo che è consigliabile l'esposizione al sole nelle ore centrali del giorno, senza crema protettiva su viso e braccia, per venti minuti al giorno.

- Le nostre ossa sono in continuo rimangiamento e un osso a riposo non sarà mai un osso forte: per questo motivo va stimolata un'attività fisica regolare per lo meno di 40 minuti per 3 volte la settimana, nelle persone in grado di sostenerla. Nelle persone più anziane qualsiasi attività di carico andrà bene, posto che anche battere le mani comunque mette in moto attività muscolari di equilibrio ed in questo modo risulta utile.

► Il genere maschile

L'osteoporosi rientra tra le prime cinque patologie che 'portano' il paziente ad accedere all'ambulatorio del medico. Dai dati registrati nel database regionale Veneto Milleinrete, il numero medio di contatti annuali dei pazienti affetti da osteoporosi (maschi e femmine) risulta di 20.29 rispetto agli 8.95 contatti dei pazienti che non presentano tale patologia. Valutando poi la differenza di genere emerge un dato interessante: i maschi osteoporotici accedono di più all'ambulatorio del medico rispetto alle femmine (numero medio di contatti 25.34 vs 19.93). Se a questo dato affianchiamo anche la valutazione del Charlson Index dei nostri pazienti, risulta chiaro che i maschi presentano una situazione clinica più compromessa con la sovrapposizione di pluripatologie (Charlson Index 3-4) rispetto alle donne che presentano più spesso un Charlson Index più basso. Ciò sottolinea la necessità di prendere attentamente in considerazione anche il genere maschile nella diagnosi di osteoporosi.

Cardiologia riabilitativa, esercizio fisico e prevenzione secondaria cardiovascolare

La cardiologia riabilitativa è un processo composito e dinamico che ha il fine di favorire la stabilità clinica del paziente con cardiopatia, ridurre le disabilità psico-fisiche conseguenti alla malattia e favorire la piena ripresa lavorativa

Salvatore Riccobono, Alessandro Maloberti, Cristina Giannattasio

Cardiologia Riabilitativa MAC - S.C. Cardiologia 4^a De Gasperis Cardio Center - ASST-GOM Niguarda, Milano

L'obiettivo della cardiologia riabilitativa (CR) è migliorare la qualità della vita e la sopravvivenza dei pazienti, riducendo il rischio di eventi cardiovascolari successivi (prevenzione secondaria). L'intervento riabilitativo rappresenta quindi una componente del trattamento integrato delle malattie cardiovascolari, ed è un intervento la cui efficacia appare consolidata (significativa riduzione della mortalità totale e cardiaca e delle re-ospedalizzazione, miglioramento della capacità funzionale e della qualità della vita). Si riconoscono tre fasi dell'intervento riabilitativo:

► **fase 1:** educazione-informazione sanitaria del paziente e dei familiari, correzione di pregiudizi sulla malattia e sue conseguenze, valutazione dei fattori di rischio (azione che dovrebbe collocarsi

nella fase acuta di malattia ma che in realtà attualmente, anche per i ridotti tempi di degenza, non sempre è possibile svolgere completamente durante la fase di ricovero per l'evento indice);

► **fase 2:** valutazione globale del rischio cardiovascolare e intervento complessivo finalizzato a modificare gli specifici fattori di rischio e ridurre l'incidenza di eventi secondari;

► **fase 3:** mantenimento a lungo termine degli interventi prodotti.

Le patologie di accesso alla cardiologia riabilitativa generalmente accettate sono:

- sindromi coronariche acute (STEMI/NSTEMI)
- angioplastica coronarica
- cardiopatia ischemica cronica
- interventi di cardiocirurgia (coronarica, valvolare, trapianto)
- insufficienza cardiaca
- cardiopatie congenite
- arteriopatia periferica
- elevato rischio cardiovascolare.

Il sistema sanitario moderno impone un sempre più efficiente sinergismo operativo tra le strutture di ricovero per acuti e quelle riabilitative. Uno degli obiettivi di tale sinergismo è rappresentato dalla ottimizzazione delle risorse (sia economiche che in termini di disponibilità di posti letto): ciò impone un ele-

vato "turnover" nei reparti di degenza per acuti e un utilizzo restrittivo e mirato della riabilitazione in regime di degenza ordinaria, potenziando per contro le attività in regime ambulatoriale.

A tal fine sono stati individuati i criteri per l'avvio prioritario di un paziente dopo l'evento indice a un percorso riabilitativo di tipo degenziale piuttosto che ambulatoriale (*tabella 1*).

Recentemente alcune Regioni hanno potenziato la CR in regime non degenziale con l'istituzione di macroattività ambulatoriali ad elevata complessità ed integrazione di risorse, che nel caso della cardiologia riabilitativa hanno di fatto soppiantato l'attività di day hospital. L'intervento riabilitativo svolto in ambiente ambulatoriale, oltre ad una significativa riduzione dei costi, comporta per il paziente il grande vantaggio di mantenere le proprie abitudini di vita e attività domestica e dimostra la compatibilità di un programma di attività fisica regolare e strutturata con le proprie attività quotidiane.

Ma l'ambito ambulatoriale intercetta un altro aspetto importante. Infatti, secondo una visione più moderna che valorizza l'azione preventiva della cardiologia riabilitativa e tende a potenziare l'integrazione e il sinergismo fra ospedale e territorio, la cardiologia riabilitati-

Cardiologia riabilitativa: definizione WHO

Un processo multifattoriale, attivo e dinamico che ha il fine di favorire la stabilità clinica, ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e supportare alla ripresa ed al mantenimento di un ruolo attivo nella società con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza

Tabella 1
Criteria di avvio a cardiologia riabilitativa degenziale

- Alto rischio nuovi eventi CV/instabilità clinica (scompenso cardiaco/ NYHA >II, FEVS <0.35 post CCH o <0.40 post IMA, aritmie maggiori, necessità di terapie ev, recidiva precoce di ischemia)
- Prolungata permanenza in ambiente intensivistico con utilizzo di procedure di assistenza ventilatoria e al circolo
- Complicanze evento-relate (ictus, tromboembolia polmonare, insufficienza renale, re-intervento, infezioni)
- Comorbidità severa/riacutizzata, necessità di trattamenti complessi
- Difficoltà logistiche/socio-assistenziali

va interviene anche nella prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari. La CR in tal modo completa la catena della continuità assistenziale realizzando non solo l'anello post-degenziale, ma anche l'anello che si pone prima dell'ospedale e tende a prevenire o quanto meno ritardare l'evento indice. In particolare, la prevenzione primaria si realizza mediante interventi di educazione sanitaria e definizione di protocolli di training fisico personalizzato, verificati nel tempo, per i soggetti a rischio CV più elevato. Tale aspetto acquista particolare risalto nella realtà degli ospedali generali e multispecialistici in cui sono presenti e operative strutture volte alla diagnosi e trattamento di patologie di stretto interesse cardiovascolare (diabetologia, centro per le dislipidemie, dietologia, centro anti-fumo, chirurgia vascolare, genetica cardiovascolare).

► Esperienza del Dipartimento Cardiologico "De Gasperis"

Nel nostro Dipartimento Cardiologico "De Gasperis" a Niguarda il percorso cardioreabilitativo viene svolto in regime ambulatoriale MAC (Ma-

croattività Ambulatoriale Complessa) che per il paziente prevede solo un impegno giornaliero di circa 2-3 ore nella mattina, mentre per il resto della giornata può mantenere le proprie abitudini domestiche e lavorative. L'attività è svolta in équipe dal cardiologo (coordinatore), infermiere, fisioterapista, dietologo, dietista, psicologo, oltre a eventuali altri consulenti specialisti. L'obiettivo generale dell'intervento riabilitativo è di indirizzare e motivare il paziente ad un modificato e più favorevole stile di vita e questo si ottiene attraverso:

- 1) una corretta informazione sulle malattie cardiovascolari con particolare enfasi sul ruolo dei cosiddetti fattori di rischio cardiovascolare e ai possibili interventi correttivi;
- 2) una regolare e adeguata attività fisica e motoria;
- 3) la correzione delle abitudini alimentari;
- 4) un atteggiamento più consapevole e positivo rispetto ai problemi cardiovascolari e una migliore gestione dello stress.

Il percorso cardio-riabilitativo ambulatoriale che proponiamo nel nostro Dipartimento prevede:

- colloquio e valutazione iniziale con inquadramento clinico, definizione del quadro morfo-funzionale e stratificazione del rischio cardiovascolare;
- ottimizzazione della terapia farmacologica;
- assistenza e monitoraggio clinico con counselling medico e infermieristico sulla malattia cardiovascolare;

- valutazione con esami strumentali diagnostici e funzionali;
- impostazione di un programma personalizzato di training fisico costituito da sedute di allenamento alla cyclette e di esercizi a corpo libero in palestra;
- valutazione dietologica;
- colloquio psicologico individuale e counselling psicologico di gruppo volti a supportare la motivazione al cambiamento dello stile e igiene di vita e l'aderenza al programma di attività motoria;
- riunioni interattive di educazione sanitaria e alimentare;
- consegna di materiale illustrativo a scopo educativo e di una brochure relativa agli esercizi fisici da mantenere dopo la dimissione.

La durata complessiva del percorso è di circa 4-5 settimane, al termine del quale viene rilasciata una relazione clinica contenente anche indicazioni sul programma di attività fisica e follow-up successivi.

L'intervento di cardiologia riabilitativa riconosce quindi tre componenti fondamentali:

- **medico clinico-strumentale:** assistenza medico-infermieristica e trattamento di eventuali complicanze, stratificazione del rischio CV, ottimizzazione della terapia, valutazione funzionale;
- **educazionale:** informazione sulle patologie CV e sui fattori di rischio, intervento dietologico e psicologico;
- **training fisico:** programma strutturato e personalizzato di attività fisica di endurance, ginnastica calistenica, respiratoria e fisioterapia.

Figura 1
Le tre componenti della cardiologia riabilitativa
Medico assistenziale

- Clinico
- Strumentale
- Definizione rischio cardiovascolare

Counselling

- Educazionale
- Dietologico
- Psicologico

Esercizio

- Aerobico
- Calistenico
- FKT

Le tre componenti hanno pari dignità ed importanza, in particolare anche il semplice intervento educativo si è dimostrato di per sé efficace nel migliorare la prognosi dei pazienti riducendo significativamente l'incidenza successiva di eventi.

► **Esercizio fisico: vera e propria terapia**

Per quanto riguarda l'esercizio fisico sono ormai solide le evidenze che lo indicano come una vera e propria terapia, efficace e sostanzialmente priva di effetti collaterali se correttamente seguita. Infatti, molte volte si è sentito parlare di *polipill* cioè una pillola contenete un insieme di farmaci attivi sul rischio cardiovascolare. In realtà una sorta di *polipill* naturale e fisiologica noi l'abbiamo già ed è proprio l'esercizio fisico che, se praticato regolarmente, è in grado di modificare in senso favorevole molti fattori di rischio cardiovascolare:

- la riduzione della PA può arrivare a valori sovrapponibili a quelli di una monoterapia farmacologica di prima linea e si associa ad una riduzione della frequenza cardiaca;
- l'assetto lipidico migliora perché aumentano le frazioni HDL (coleste-

rolo "spazzino") e si riducono le frazioni più aterogene delle LDL;

- nell'obeso l'esercizio fisico da solo non è certo in grado di ottenere un significativo calo ponderale ma incide particolarmente sulla componente più pericolosa (quella viscerale) e riduce la resistenza all'azione dell'insulina che è tipica dell'obesità. Inoltre è l'unico mezzo per dimagrire bene perdendo cioè solo la massa grassa e non quella magra dei muscoli;

- migliora la funzione e l'elasticità delle arterie, effetto particolarmente rilevante nelle decadi di età più avanzate;

- nel diabetico migliora e stabilizza il controllo della glicemia;

- per quanto riguarda il tono dell'umore, l'effetto antidepressivo è stato dimostrato con test specifici ed in uno studio è risultato sovrapponibile a quello di un farmaco utilizzato in clinica.

Quindi davvero l'esercizio fisico è una medicina utile sia per curare i pazienti con malattia cardiaca già nota (prevenzione secondaria) che per ridurre l'insorgenza di malattie cardiovascolari (prevenzione primaria).

Ma come tutte le medicine deve essere assunta in dosi e tempi corretti.

Per la prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, il program-

ma di esercizio fisico viene più correttamente stabilito e personalizzato proprio durante la fase di CR.

In prevenzione primaria, quello che viene generalmente consigliato è un livello "moderato" di attività fisica, ma questo cosa significa? Per misurare il dispendio energetico possiamo utilizzare i MET (equivalenti metabolici) assumendo che 1 MET è pari al dispendio energetico del nostro organismo a riposo per mantenere la respirazione e le funzioni essenziali del nostro corpo (corrisponde ad un consumo di ossigeno, cioè la benzina del nostro motore, pari a 3.5 millilitri per chilogrammo di peso al minuto).

Un livello "moderato" di attività fisica equivale per la maggior parte degli Autori a 4-6 MET. Per fare qualche esempio:

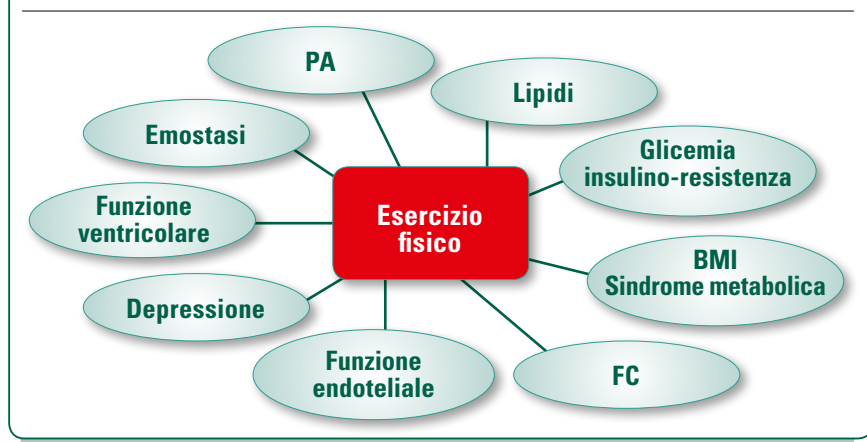
- camminare a una velocità di 4-6 km/ora, pedalare a 12-15 km/ora, salire 2-3 piani di scale, rastrellare il giardino, sciare in discesa su percorsi di medio impegno, nuotare a rana, palleggiare a tennis, trasportare pesi fino a 10-12 kg. Sforzi di entità maggiore vengono definiti di intensità "vigorosa". Per fare qualche esempio:

- corsa a velocità ≥ 7 km/h, nuoto a stile libero, tennis singolo, sci da fondo.

Per quanto riguarda i tempi sono raccomandati almeno 150 minuti/settimana di esercizio moderato o almeno 75 minuti/settimana di esercizio più intenso; tali tempi possono essere ovviamente frazionati ma ogni singola seduta dovrebbe durare non meno di 10-15 minuti.

Figura 2

Esercizio fisico e rischio cardiovascolare



Bibliografia essenziale

- Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. *G Ital Cardiol* 2008; 9 (4): 286-297 (www.assr.it)
- Heran BS et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 6; (7):CD001800.
- Davies EJ et al. Exercise based rehabilitation for heart failure (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 4: CD003331.
- Kodama S et al. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women. A meta-analysis. *JAMA* 2009; 301(19): 2024.

Metabolismo epatico e differenze di genere

Considerando il ruolo del metabolismo epatico in diverse patologie, una maggiore comprensione delle origini e conseguenze del dimorfismo sessuale epatico è indispensabile dal punto di vista medico e terapeutico. L'utilizzo di una chiave di interpretazione evoluzionistica può facilitare tali studi

Adriana Maggi - *Professore Ordinario di Farmacologia - Università degli Studi di Milano*

Le donne hanno un rischio del 50% superiore agli uomini di effetti collaterali nell'assunzione di farmaci; un fenomeno non semplicemente legato al dosaggio o al fatto che le donne negli ultimi anni di vita assumono un numero di farmaci generalmente superiore a quello dei maschi e neppure a fattori comportamentali (fumo, tipo di lavoro o altro). La spiegazione più probabile di questo fenomeno è dovuta al fatto che la gran parte dei farmaci è stata studiata e sviluppata in soggetti di sesso maschile ignorando le enormi differenze fisiologiche e di predisposizione a malattie tra i due sessi scoperte solo molto di recente.

Considerando che il fegato è il principale responsabile per il metabolismo dei farmaci, i nostri studi sono stati concentrati sulle differenze sessuali in questo organo.

Il fegato è un organo altamente differenziato in relazione al sesso: studi di trascrittomici hanno dimostrato che il 72% dei geni sono espressi in modo sesso-specifico (negli altri organi tale percentuale varia dal 14% al 68%).

Le differenze maggiori sono state osservate nell'espressione di geni per proteine importanti per il metabolismo di xenobiotici (diversi citocromi P450 o enzimi quali sulfotransferasi e ossidoreduttasi importanti anche nel metabolismo dei farmaci), ma anche per proteine associate al trasporto e metabolismo di

acidi grassi, steroidi e aminoacidi.

Queste differenze metaboliche sono ben conservate nei mammiferi dove maschi e femmine utilizzano le fonti energetiche secondo strategie diversificate; i soggetti di sesso femminile hanno più capacità di assorbire acidi grassi e di metabolizzarli, di produrre le proteine del trasporto di lipidi e colesterolo (HDL, VLDL) e, a differenza dei maschi, le femmine sono molto parsimoniose dal punto di vista energetico: per esempio in caso di breve digiuno il fegato di animali maschi cessa la sintesi di molecole di deposito, mentre la femmina continua a sintetizzare lipidi utilizzando aminoacidi per continuare nell'accumulo di depositi di energia a lungo termine.

Queste differenze metaboliche possono spiegare risposte sesso-specifiche ai farmaci dovute a un metabolismo sessualmente diversificato, tuttavia la domanda da porsi è quale sia il significato biologico di tutto questo e perché l'evoluzione della specie abbia favorito una così profonda diversificazione funzionale del fegato di maschi e femmine.

In tutti gli organismi animali il fegato, l'organo metabolico per eccellenza, è sempre stato in una stretta relazione funzionale con gli organi riproduttivi per assicurare che la riproduzione avvenisse in relazione alla disponibilità di cibo evitando che genitori e figli si trovassero in una competizione mortale in caso di risorse energetiche li-

mitate. Negli ovipari, il fegato produce le proteine essenziali per la maturazione dell'uovo solo se stimolato da aminoacidi e estrogeni: in questo modo la fertilità è assoggettata alle disponibilità energetiche. È immaginabile che nei mammiferi di sesso femminile tale rapporto tra fegato e apparato riproduttivo si sia intensificato a causa dell'aumento di richieste energetiche necessarie per assecondare non più solo l'ovulazione, ma anche il completo sviluppo dell'embrione e l'allattamento dei neonati. È concepibile quindi che nel corso dei circa 200 milioni di anni dalla comparsa dei mammiferi sulla terra il fegato femminile abbia acquisito meccanismi di regolazione e strategie per il metabolismo dei nutrienti (e xenobiotici) progressivamente sempre più lontani da quelli maschili che, in mancanza di cambi nella strategia riproduttiva, non hanno subito particolari pressioni evolutive.

Considerando il ruolo del metabolismo epatico in patologie metaboliche, ma anche dell'apparato cardio-vascolare, del sistema nervoso centrale o del sistema immunitario, una maggiore comprensione delle origini e conseguenze del dimorfismo sessuale epatico è indispensabile dal punto di vista medico e terapeutico. L'utilizzo di una chiave di interpretazione evoluzionistica può facilitare tali studi.

• *Fonte: Medicina di Genere Newsletter, 2018*

L'importanza delle parole: la comunicazione medico-paziente può peggiorare i sintomi?

Per assistere al meglio i propri pazienti i medici dovrebbero essere consapevoli che l'informazione è un importante mediatore della variabilità nella relazione fra malattie e sintomi e che in numerosi ambiti le evidenze documentano il potenziale iatrogeno delle parole del medico

Antonio Cartabellotta - *Studente in Medicina, Università Vita e Salute, San Raffaele Milano*
Antonino Cartabellotta - *Medico, Fondazione GIMBE*

Se è indubbio che la comunicazione tra medico e paziente è alla base di una relazione ottimale finalizzata a decisioni condivise, lo psichiatra Artur Barsky ha recentemente analizzato gli effetti collaterali che le parole dei medici possono avere sulla salute dei pazienti¹. Infatti, alcune informazioni non solo possono amplificare inconsapevolmente la sintomatologia dei pazienti, ma anche accentuare gli stress somatici, dimostrando il potenziale effetto iatrogeno delle parole del medico, che va a sommarsi agli effetti collaterali di farmaci, test diagnostici ed altri interventi sanitari. Di questi "effetti collaterali" i medici dovrebbero essere pienamente consapevoli per assistere al meglio i propri pazienti.

Sintomi e malattie non hanno un rapporto 1:1 fisso e invariabile: infatti, accanto sintomi che possono presentarsi in assenza di malattie reali, esistono patologie che rimangono asintomatiche anche in fase avanzata. Inoltre, esiste una notevole variabilità di sintomi dovuti alla stessa malattia o processo fisiopatologico, sia tra diverse persone, sia nella stesso paziente. Un mediatore di questa variabilità tra sintomi e malattia è rap-

presentato da opinioni, convinzioni, idee e aspetti cognitivi che, pur non avendo la capacità di generare sintomi, possono amplificarli, perpetuarli ed esacerbarli, rendendoli più rilevanti, nocivi, intrusivi e fastidiosi.

In numerosi ambiti, oggi le evidenze documentano il potenziale iatrogeno delle parole del medico: prescrizione di nuove terapie, spiegazione del modulo di consenso informato, presentazione di risultati incerti dei test diagnostici, preparazione dei pazienti a procedure dolorose.

Conoscere tutti gli effetti collaterali dei farmaci frequenti e non specifici (es. astenia, difficoltà di concentrazione, nausea, vertigini e cefalea) aumenta la frequenza con cui questi vengono avvertiti e riportati². In relazione alle modalità con cui vengono fornite le informazioni ai pazienti (colloquio con il medico vs consenso informato), i pazienti che vengono a conoscenza degli effetti avversi non specifici di β -bloccanti, statine, contraccettivi orali a base di estrogeni e agenti per sintomi urinari ostruttivi riportano più frequentemente presunti effetti avversi rispetto ai pazienti non informati. Ad esempio, in uno studio su 76 pazienti ipertesi trattati con β -bloccanti, la disfunzione erettile si è

verificata nel 32% dei pazienti esplicitamente informati su questo effetto avverso rispetto al 13% di quelli non specificatamente informati³.

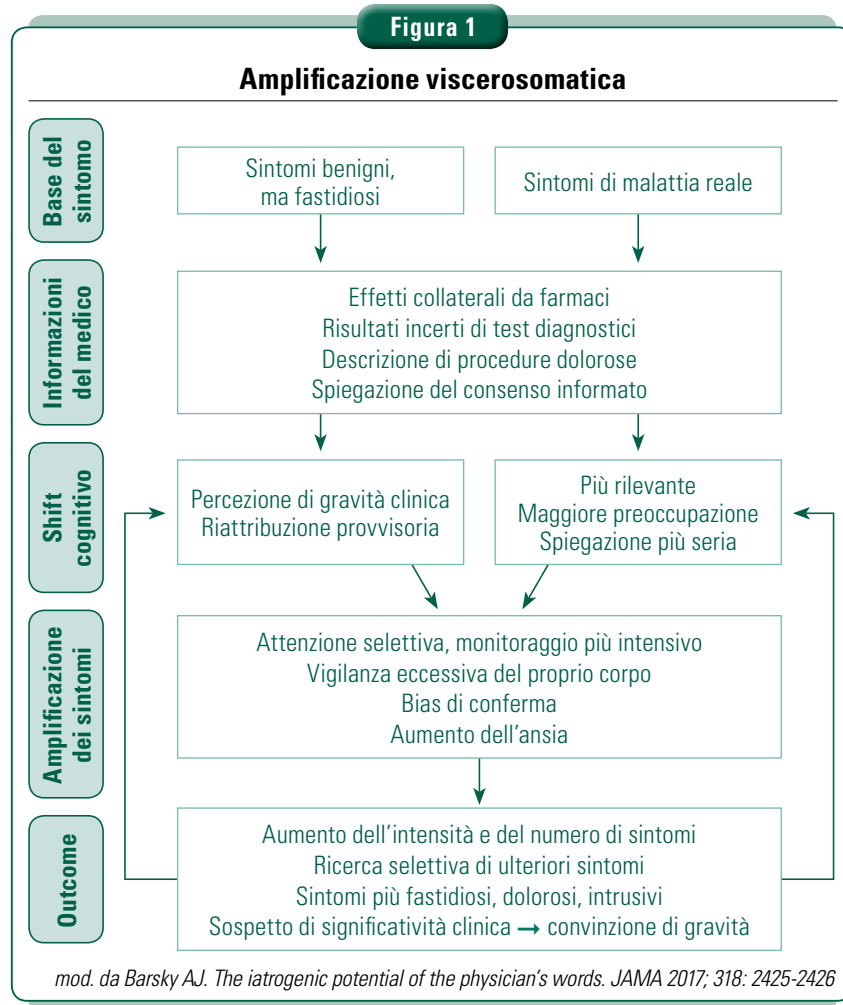
L'effetto nocebo, ovvero il manifestarsi di effetti avversi al placebo, rappresenta la controprova che conoscere gli effetti collaterali aumenta l'incidenza di alcuni sintomi. Infatti i pazienti del gruppo placebo in un trial randomizzato controllato in doppio-cieco riportano effetti avversi di tipologia e frequenza simili a quelli del farmaco attivo su cui sono stati informati.

Anche fornire risultati di test diagnostici dal significato clinico incerto può determinare un peggioramento dei sintomi. Ad esempio, in uno studio randomizzato sulla lombalgia acuta, il gruppo di intervento ($n=210$) è stato sottoposto a imaging della colonna vertebrale, mentre quello di controllo no ($n=211$); in entrambi i gruppi è stato attuato un piano terapeutico conservativo. Nel primo gruppo a 3 mesi si sono verificati un aumento significativo del dolore, maggiori danni funzionali e più visite mediche⁴. Peraltro i problemi conseguenti alla comunicazione di risultati di test poco chiari o di anomalie anatomiche di dubbia rilevanza clini-

ca ("incidentalomi") sono verosimilmente destinati ad aumentare parallelamente con l'evoluzione delle tecnologie diagnostiche.

Il dolore è particolarmente influenzato da convinzioni, opinioni e aspettative dei pazienti e il linguaggio utilizzato per descrivere e preparare i pazienti a procedure dolorose può influenzarne la percezione. In un trial randomizzato condotto su 140 partorienti sottoposte ad anestesia epidurale o spinale, le donne a cui era stato comunicato che l'iniezione intradermica dell'anestesia locale può essere percepita come una «puntura d'ape, caratterizzandosi come il momento peggiore della procedura» hanno riportato un dolore più intenso rispetto a quelle a cui era stato comunicato che «l'anestetico locale [...] anestetizzerà l'area e ti sentirai più a tuo agio durante la procedura»⁵.

L'amplificazione viscerosomatica esemplifica il meccanismo con cui l'informazione può condizionare la percezione dei sintomi. L'informazione del medico non genera sintomi somatici, ma piuttosto li amplifica, in particolare quelli che derivano da condizioni cliniche preesistenti o da stati fisiologici (es. ectopia, ipotensione ortostatica), disfunzioni benigne comuni (raucedine, gonfiore, crampi), disturbi transitori e autolimitanti (eruzioni cutanee, infezioni del tratto respiratorio superiore), eventi stressanti, limitato esercizio fisico, mancanza di sonno, eccessi alimentari. In questi casi, le informazioni fornite dal medico possono innescare un circolo vizioso di amplificazione dei sintomi (figura 1). Infatti, sapere che un sintomo può essere rilevante o attribuibile ad una condizione più severa genera preoccupazione nel paziente che inizia a monitorare e analizzare il sintomo in maniera sem-



pre più accurata. Questo eccesso di attenzione lo amplifica, rendendolo più intenso, intrusivo, allarmante e doloroso^{6,7}. L'errata percezione di gravità innesca la ricerca selettiva di ulteriori sintomi per confermare il sospetto che qualcosa non vada, determinando un'accresciuta consapevolezza di altri sintomi diffusi, transitori o ambigui precedentemente ignorati, minimizzati o ritenuti insignificanti. L'emergenza di questi "nuovi" sintomi, a dispetto dei dati che non confermano la causa sospetta, viene percepita come elemento di ulteriore gravità. Inoltre, il ciclo di amplificazione viene ulteriormente alimentato

dall'ansia: aumentare preoccupazione e attenzione per il significato clinico di un sintomo e il suo apparente aggravamento lo rende più minaccioso e nefasto.

Particolare attenzione alle informazioni da trasmettere e alle modalità con cui farlo può minimizzare l'accidentale esacerbazione di sintomi eccessivi, esagerati e ingiustificatamente fastidiosi. Come primo step terapeutico occorre analizzare le idee del paziente sui sintomi: quale è la causa sospetta dei sintomi e il suo presunto significato? Quale è l'evoluzione attesa? Quali sono gli aspetti più preoccupanti? Le rispo-

ste a queste domande possono guidare una discussione più realistica e rassicurante sulle specifiche preoccupazioni del paziente.

Anche spiegare il processo dell'amplificazione viscerosomatica può essere efficace: sapere che l'interpretazione delle informazioni mediche può esacerbare e perpetuare i sintomi e conoscere i processi di errata attribuzione, attenzione selettiva, analisi minuziosa del proprio corpo e ansia secondaria può fornire ai pazienti una rassicurante spiegazione del loro malessere. La garanzia che i sintomi, anche se fastidiosi, non sono clinicamente pericolosi, li rende meno invasivi e più tollerabili. L'effetto nocebo fornisce un utile esempio oggettivo di quanto le convinzioni possano amplificare i sintomi. Questo tipo di discussione aiuta inoltre a enfatizzare e incoraggiare strategie adattative per migliorare la tolleranza al dolore. Potrebbe essere utile identificare i pazienti a rischio di effetti avversi non specifici sproporzionati o indebiti, così da spiegare loro in anticipo il processo di amplificazione. A tal fine può essere utilizzato lo strumento *Perceived Sensitivity to Medicines*⁸, questionario di autovalutazione a 5 item di provata validità e affidabilità. Oltre a valutare le idee del paziente e a spiegare il processo di amplificazione, i medici devono prestare mol-

ta attenzione alla scelta dei termini. Ad esempio, durante la discussione di procedure potenzialmente dolorose, i medici possono enfatizzare cosa sarà fatto per alleviare il dolore (es. semplici tecniche di rilassamento), utilizzare un linguaggio neutro per descrivere l'esperienza e fornire per quanto possibile al paziente maggiori opportunità di scelta e controllo dell'analgesia. Analogamente, le modalità comunicative sono importanti per spiegare gli effetti avversi non specifici dei farmaci: ad esempio è fondamentale concentrarsi sulla percentuale di pazienti che non hanno sperimentato gli effetti avversi elencati.

Anche nel processo di consenso informato, i medici devono sempre fornire informazioni complete e realistiche evitando relazioni di tipo paternalistico. Tuttavia, non sempre è facile bilanciare la necessità di una piena e completa informazione al paziente con il potenziale iatrogeno di alcune informazioni. Per raggiungere un compromesso eticamente accettabile tra i due imperativi, è stato proposto il "consenso informato contestualizzato"⁹. Questo prevede di descrivere puntualmente tutti gli effetti avversi più gravi e clinicamente rilevanti invitando il paziente a riportarli; tuttavia, previo accordo con il paziente, i sintomi non

specifici e/o poco rivelanti non vengono elencati in anticipo spiegandogli che altrimenti si presenterebbero con maggiore frequenza.

Sintomi insolitamente angoscianti possono indicare difficoltà nella relazione medico-paziente, concretizzando una modalità non conflittuale e meno esplicita di esprimere dubbi o preoccupazioni dei pazienti non in grado di parlarne apertamente o troppo imbarazzati per farlo. I sintomi possono quindi diventare una modalità di comunicazione occulta, non verbale di ansia per il dolore, di diffidenza sui trattamenti, di preoccupazioni sul significato del risultato di un test diagnostico o sulla competenza del medico².

L'informazione al paziente è dunque un importante mediatore della variabilità nella relazione fra malattie e sintomi. Effetti avversi non specifici ai farmaci, dolore eccessivo conseguente a procedure e sintomi esacerbati da risultati di test diagnostici di incerto significato clinico sono determinati da meccanismi patogenetici simili e rispondono alle stesse strategie terapeutiche.

• *Articolo ripubblicato integralmente da Evidence 2018;10(2): e1000177. Disponibile in: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/528/limportanza-delle-parole-la-comunicazione-%0D%0Amedicopaziente-/articolo*

Bibliografia

1. Barsky AJ. The iatrogenic potential of the physician's words. *JAMA* 2017; 318: 2425-2426.
2. Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA* 2002; 287: 622-627.
3. Cocco G. Erectile dysfunction after therapy with metoprolol: the Hawthorne effect. *Cardiology* 2009; 112: 174-177.
4. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322: 400-405.
5. Varelmann D, Pancaro C, Cappiello EC, Camann WR. Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesth Analg* 2010; 110: 868-870.
6. Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychol Bull* 2004; 130: 793-812.
7. Pennebaker JW, Epstein D. Implicit psychophysiology: effects of common beliefs and idiosyncratic physiological responses on symptom reporting. *J Pers* 1983; 51: 468-496.
8. Horne R, Faasse K, Cooper V, et al. The perceived sensitivity to medicines (PSM) scale: an evaluation of validity and reliability. *Br J Health Psychol* 2013;18:18-30.
9. Wells RE, Kaptchuk TJ. To tell the truth, the whole truth, may do patients harm: the problem of the nocebo effect for informed consent. *Am J Bioeth* 2012;12:22-29.

Raccomandazioni per evitare la malnutrizione nel Parkinson

Con l'obiettivo di migliorare la gestione della nutrizione nelle patologie neurologiche, tra cui la malattia di Parkinson, l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism ha messo a punto linee guida per rispondere alle domande sulla migliore terapia nutrizionale in questi pazienti

Le malattie neurologiche sono frequentemente associate a disturbi della deglutizione e malnutrizione e inoltre questi pazienti hanno un rischio aumentato di carenza di micronutrienti e disidratazione. D'altra parte l'ipotesi in studio è che i fattori nutrizionali potrebbero essere coinvolti nella patogenesi delle malattie neurologiche. Nello sviluppo della malnutrizione in pazienti con malattie neurologiche alcune cause sono note, tra cui disfagia orofaringea, alterazione della coscienza, deficit della percezione, disfunzione cognitiva.

Con l'obiettivo di migliorare gestione della nutrizione nelle patologie neurologiche, inclusa la malattia di Parkinson, l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) ha recentemente messo a punto le linee guida alla cui stesura ha contribuito anche la Fondazione Grigioni. La linea guida è stata scritta da un team multidisciplinare e offre 88 raccomandazioni per l'uso nella pratica clinica per la sclerosi laterale amiotrofica, il morbo di Parkinson, l'ictus e la sclerosi multipla.

► Raccomandazioni

Riportiamo di seguito le raccomandazioni sul Parkinson.

- Sottoporre i pazienti a un monito-

raggio nutrizionale continuo, con particolare attenzione al peso e ai livelli di vitamina D, acido folico e vitamina B12.

- Sottoporre a valutazioni per stabilire la presenza o meno di disfagia tutti i pazienti parkinsoniani in stadio Hoehn e Yahr superiore a II (la scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente), con importante perdita di peso, basso indice di massa corporea, salivazione eccessiva e/o demenza.

- Si consiglia di somministrare un questionario sulla disfagia oppure un test per valutazione la deglutizione di un volume medio di acqua.

- I pazienti che risultano positivi per disfagia, presentano una rapida progressione della malattia e/o che hanno avuto una polmonite devono essere sottoposti a un esame strumentale per la valutazione della deglutizione.

- L'esame strumentale ideale per la valutazione della deglutizione è quello endoscopico con fibroscopio flessibile. In alternativa è possibile valutare la deglutizione tramite videoregistrazioni delle immagini alla fluoroscopia dopo l'ingestione di cibo contenente un mdc al bario.

- È fondamentale l'ottimizzazione della terapia anti-parkinson per migliorare la sintomatologia motoria alla base della disfagia.

- I farmaci anti-parkinson possono avere effetti avversi che deteriorano le condizioni nutrizionali. È importante monitorarli e correggerli. In particolare, la levodopa può influenzare negativamente i livelli di omocisteina e delle vitamine di gruppo B.

- È raccomandato un programma individualizzato di esercizi riabilitativi, dopo una valutazione approfondita della deglutizione. Le evidenze a favore di tecniche come la stimolazione elettrica, la stimolazione magnetica transcranica o la terapia video-assistita sono attualmente scarse e non sono consigliate.

- Oltre all'accorgimento di assumere la levodopa almeno 30 minuti prima del pasto, i pazienti con fluttuazioni motorie dovrebbero spostare alla sera il consumo di alimenti contenenti proteine, affinché l'assorbimento della levodopa sia massima e, conseguentemente, lo sia anche la sua efficacia.

- È consigliata una terapia nutrizionale medica per migliorare la qualità di vita, a seconda delle necessità del paziente.

- Pazienti che lamentano stipsi possono trarre beneficio dall'uso di fermenti lattici contenenti probiotici e fibre prebiotiche, oltre che da un aumento dell'ingestione di acqua e fibre.

• *ESPEN guideline - Burgos et al. Clin Nutr 2018; 27: 35496*

Scompenso cardiaco: andamento subdolo e qualità della vita in calo

L'impatto clinico dello scompenso cardiaco è elevato, ma la patologia rimane poco conosciuta e sotto diagnosticata. Nasce in questo contesto la campagna "I LOVE LIFE", per evidenziarne l'importanza e consentire a chi ne soffre di accedere tempestivamente alle migliori cure

I numeri disegnano un problema di dimensioni importanti: lo scompenso cardiaco colpisce quasi un milione di italiani causando circa 190mila ricoveri l'anno e compromettendo pesantemente la qualità di vita di coloro che ne sono affetti. Ma questo non basta a farne emergere l'impatto clinico, tant'è che la patologia rimane poco conosciuta e sotto diagnosticata.

Spiega **Michele Senni**, Direttore della Cardiologia 1, ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo: "Riguardo lo scompenso cardiaco vi sono alcuni aspetti che o sono poco noti o poco sottolineati. Parlando coi pazienti o i parenti si ha la sensazione che spesso si creda che di cuore non si muoia così tanto". Eppure - aggiunge Senni: "parliamo di una sindrome che ha una mortalità superiore a tutti i tumori tranne quello del polmone".

Si tratta di una malattia spesso subdola. Spiega ancora Senni: "Sovente il paziente dopo un primo ricovero torna a casa e, passato l'episodio acuto, si sente 'come prima' e inizia a trascurare la propria condizione facendosi complice inconsapevole di una progressione silente della patologia".

Il rischio riguarda anche i pazienti apparentemente stabili, che se vanno incontro a un'ospedalizzazione, vedono il proprio rischio di mortalità diventare del 30% a un anno, suggerendo la necessità, da parte del medico, di operare uno stretto controllo per prevenire questa evenienza.

► Novità nel trattamento

Dopo più di 10 anni in cui non vi sono state novità nel trattamento farmacologico dello scompenso cardiaco, recentemente la comunità cardiologica ha potuto contare sul nuovo farmaco sacubitril/valsartan, inibitore del recettore dell'angiotensina e della neprilina (ARNI). Lo studio PARADIGM-HF ha dimostrato come questa nuova classe di farmaci riduca il rischio di mortalità e di ricoveri per scompenso cardiaco rispetto a enalapril in aggiunta alla terapia raccomandata (*N Engl J Med* 2014; 371:993-1004).

"Il farmaco è una novità perché rompe un digiuno durato più di 10 anni in cui la comunità cardiologica non ha avuto nuovi farmaci in grado di migliorare la qualità e la quantità di vita contemporaneamente nei pazienti con scompenso - spiega **Claudio Rapezzi**, Università di Bologna, Direttore UO di Cardiologia del Policlinico S. Orsola-Malpighi. La novità farmacodinamica sta principalmente nel fatto che il farmaco non antagonizza i sistemi neuroormonali in cronico, come i betabloccanti e gli anti-SRAA, ma introduce, in senso positivo, una maggiore quantità di peptidi natriuretici atriali nell'organismo".

► Una campagna di informazione

Per puntare l'attenzione su questa grave patologia è stata lanciata la Campagna "I LOVE LIFE", Il cuore è impreve-

dibile, lo scompenso no. Curarlo si può. Non lasciare andare la tua vita, un'iniziativa di Novartis, patrocinata dal Ministero della Salute, dedicata a pazienti e caregiver, che prevede una serie di attività sul territorio nazionale e il lancio di una pagina facebook dedicata (<https://www.facebook.com/AscoltailTuoBattitoITA>). La campagna è promossa anche con il patrocinio di AISC, Associazione Italiana Scompensati Cardiaci e ha l'obiettivo di far conoscere l'importanza e la severità di questa patologia, per consentire a chi ne soffre di rivolgersi tempestivamente a uno specialista e trovare delle soluzioni che permettano di riprendere in mano la propria vita.

Protagonista della Campagna è il personaggio Cino, un cuore stilizzato che accompagnerà tutte le iniziative in programma nel corso dell'anno.

Tra le attività previste vi sono: i "Cino Days", serie di incontri a cui parteciperanno medici specialisti, pazienti, caregiver e cittadini ed eventi di sensibilizzazione che sono stati programmati a Torino il 12 maggio, a Napoli il 16 giugno e a Verona il 29 settembre.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti di M. Senni, C. Rapezzi, A. Bianchi, M. Di Somma

BPCO: dalla real life alla triplice terapia

Ridurre le riacutizzazioni è un obiettivo chiave della gestione della BPCO, anche sulla base di quanto riferiscono i pazienti. Importanti novità terapeutiche emergono dallo studio IMPACT, che dimostra i benefici della triplice terapia

// Tra i sintomi caratteristici della BPCO, tra cui tosse e produzione di catarro, è la dispnea che si presenta tardivamente, quando già la funzione respiratoria è alterata in maniera importante. Per questo è cruciale riuscire ad identificare il paziente nelle fasi più precoci di malattia - afferma a *M.D.* il Prof. **Francesco Blasi**, Direttore UOC di Pneumologia - Fondazione Cà Granda Policlinico di Milano - Medicina respiratoria, Università Statale di Milano. "In questo il medico di medicina generale ha un ruolo fondamentale nell'individuare coloro che è opportuno sottoporre a spirometria ed eventualmente inviare allo specialista. In prima battuta possono essere sufficienti 4 semplici domande: Ha tosse? Ha produzione di catarro? Le manca il respiro rispetto ai suoi coetanei, per esempio quando va a fare una passeggiata? Ha forme acute durante l'anno? Se il soggetto ha età >40 anni e fattori di rischio come il fumo di sigaretta, la risposta positiva anche a una sola di queste domande suggerisce la possibile presenza di BPCO e quindi la necessità di approfondimenti. Se è vero che la cessazione del fumo è in grado di modificare la storia naturale della malattia, è anche vero che il trattamento con broncodilatatori più o meno steroide inalatorio, è in grado di gestire al meglio la malattia, consentendo un miglioramento della performance con una riduzione delle riacutizzazioni" - conclude Blasi.

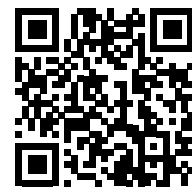
► Riacutizzazioni

Nell'ambito del progetto di GSK Italia "Nel nome del paziente: il vissuto, l'ascolto, le risposte terapeutiche", che ha per obiettivo di capire le esigenze legate a questa patologia direttamente dal malato, sono state presentate recentemente due indagini condotte da Doxa Pharma. Dall'anagrafica dei 150 pazienti intervistati (F 39% - M 61%) emerge un dato interessante: il 48% ha più di 54 anni, ma la maggioranza ha un'età inferiore, il che significa che la BPCO non è più una patologia solo dell'anziano. Il 72% dichiara di avere sintomi classificati da seri a molto gravi (respiro sibilante, fame d'aria, tosse cronica, senso di oppressione al petto); a sottolineare il peso sono soprattutto le persone che hanno avuto episodi di riacutizzazione (82%). 7 su 10 sono gli intervistati che affermano di aver presentato riacutizzazioni. In media da 5 o più dopo la diagnosi (34%) e in 1 caso su 2 con la necessità di rivolgersi al Pronto soccorso. Durante la fase di peggioramento, il primo istinto è di chiamare il Mmg, che 6 volte su 10 aggiunge un farmaco alla terapia in corso, mentre lo pneumologo 3 volte su 10 modifica la cura.

► Evoluzione terapeutica

Lo studio IMPACT (InforMing Pathway of COPD Treatment), pubblicato sul *N Engl J Med (NEJM 2018; 378: 1671-80)*, è il primo studio

a confrontare direttamente tre classi di trattamento combinato per la BPCO comunemente utilizzate con la stessa dose e inalatore. Lo studio ha messo a confronto una triplice terapia, destinata ai pazienti che hanno riacutizzazioni, con due altre terapie consolidate: l'ICS LABA (fluticasone furoato/vilanterolo) e un LABA LAMA (umeclidinio/vilanterolo). Nel trial sono stati inclusi anche pazienti con co-morbidità (cardiovascolare, diabetica, con storia di asma), generalmente sempre esclusi dai grandi trial. Nello studio la triplice terapia ha raggiunto l'*endpoint* primario dimostrando di ridurre significativamente il tasso annuale di riacutizzazioni moderate/gravi, oltre che di migliorare funzionalità polmonare e qualità della vita. Inoltre i tre farmaci insieme sono in grado di abbattere del 34% i ricoveri per riacutizzazioni gravi rispetto al LABA LAMA e del 13% rispetto all'ICS LABA, con un profilo di sicurezza che vede un aumento del numero di polmoniti (nessun caso fatale) rispetto al LABA/LAMA, ma in linea con quanto già osservato anche in altri studi per i farmaci contenenti un ICS.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Francesco Blasi