

M.D.

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

Anno XXII, numero 5 - Giugno-Luglio 2015

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

RIFLETTORI 6

Gestione Enpam ed elezioni sotto un fuoco incrociato di critiche

CONFRONTI 8

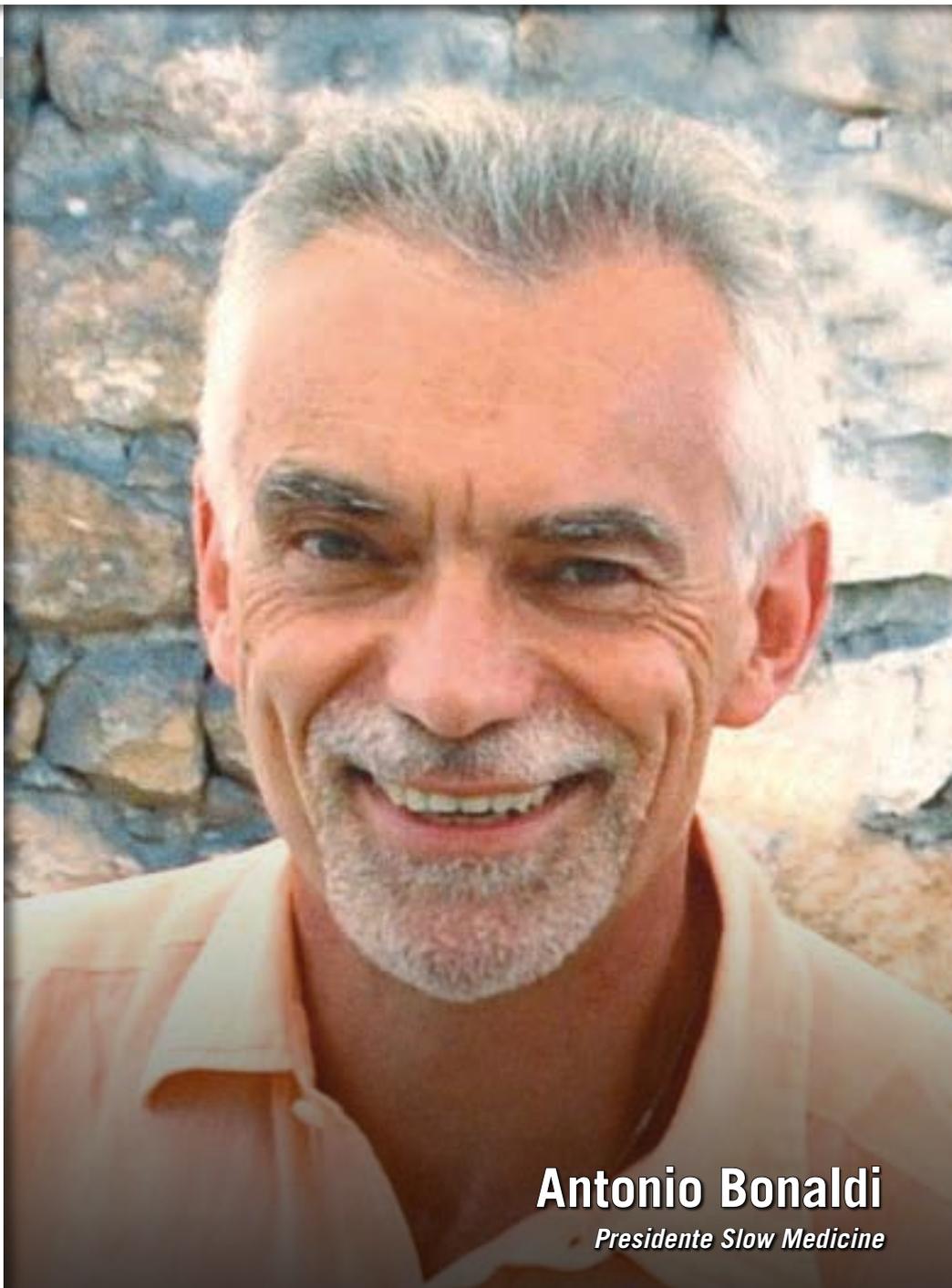
Il Congresso europeo dell'EGPRN e le lezioni rumene

CLINICA 30

Inquadramento clinico e terapeutico della malattia diverticolare

MANAGEMENT 34

Gestione integrata del piede diabetico



Antonio Bonaldi
Presidente Slow Medicine

Fare di più non significa curare meglio



M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli
Valeria Fontana

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Fare di più non significa curare meglio 5
- **Riflettori**
Gestione Enpam ed elezioni sotto un fuoco incrociato di critiche 6
- **Confronti**
Il Congresso europeo dell'EGPRN e le lezioni rumene 8
- **Focus on**
Formazione, EURACT indica la via per la valutazione dell'apprendimento 10
- **Professione**
L'equivoco delle Aggregazioni Funzionali Territoriali 11
- **Italia sanità**
Lo stato dell'arte dei Creg lombardi 12
- **Contrappunto**
Le cure domiciliare sono il tallone d'Achille del nostro Ssn 14
- **Tribuna**
Caro medico, ti lamenti, eppure sei pagato a peso d'oro 15
- **Indagini**
Gli italiani si rivolgono sempre più alla sanità privata 16
- **Prospettive**
Il percorso a ostacoli della sanità digitale 17
- **Profili**
Il malato al centro del processo terapeutico 18

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
La sicurezza cardiovascolare dei nuovi farmaci antidiabete 20
- **Cardiologia**
Riduzione del colesterolo LDL: "lower is better" 22
- **Gastroenterologia**
Equilibrio intestinale favorito da specifici ceppi di probiotici 23
- **Nutrizione**
Manifesto sulle criticità in nutrizione clinica e preventiva 24
- **Oncoematologia**
L'ematologia di precisione e il modello della LMC 25
- **Osteoporosi**
Nuova nota 79, una guida all'appropriatezza terapeutica 26
- **Patologia trombotica**
Trattamento del tromboembolismo venoso con l'avvento dei NAO 27
- **Traumatologia**
Sport, traumi e contratture: razionale d'uso dei miorellassanti 28

CLINICA E TERAPIA

- **Clinica**
Inquadramento clinico e terapeutico della malattia diverticolare 30
- **Management**
Gestione integrata del piede diabetico 34
- **Rassegna**
Colite microscopica linfocitaria e collagenosica 36
- **Pratica medica**
Nefroma cistico e ruolo dell'ecografia in MG 39
- **Farmaci**
Ipertensione arteriosa, danno cerebrovascolare e deficit cognitivo 40
- **Riflessioni cliniche**
Esiste l'otorinolaringoiatria di genere? 44
- **Osservatorio**
Gestione delle patologie gastrointestinali con le nuove tecnologie digitali 45
- **Monitor**
Promuovere l'aderenza terapeutica 46

Fare di più non significa curare meglio

Quali soluzioni si possono proporre per affrontare la crisi che coinvolge la società occidentale e che riguarda anche il sistema delle cure? In genere le risposte sono di tipo amministrativo-strutturale, riguardano cioè interventi mirati alla ridefinizione degli ambiti territoriali, alla riorganizzazione dei servizi e al contenimento dei costi agendo su tariffe, ticket e tasse. In questo approccio puramente economico-sanitario si trascurano però le vere cause della crisi che sono da ricercare soprattutto negli interessi economici e in ragioni di carattere culturale e sociale che spingono all'eccessivo consumo di prestazioni sanitarie, dilatando le aspettative delle persone e producendo una serie di effetti dannosi per la salute.

Slow Medicine ritiene che cure più appropriate e un'adeguata comunicazione tra i professionisti della salute e i pazienti, oltre a garantire la sostenibilità del sistema sanitario, potrebbero migliorare la salute e la qualità di vita dei cittadini. In questa prospettiva Slow Medicine pone l'accento sul fatto che la persona è qualcosa di diverso dalla somma delle reazioni chimiche che si producono nelle sue cellule e che salute e malattia sono l'espressione di fenomeni complessi, da affrontare in una prospettiva sistemica. "Si tratta cioè di cercare le cause della crisi del sistema delle cure - sottolinea **Antonio Bonaldi** presidente di Slow Medicine - nell'intervista rilasciata a *M.D.* - invece che puntare l'attenzione solo sulle strutture organizzative e sui costi".

"Occorre, per esempio, rendersi conto che in medicina fare di più non è sempre meglio - precisa -. Anzi, in molti casi è proprio vero il contrario: *too much medicine* comporta infatti un alto rischio di sovradiagnosi e sovratrattamenti, cioè di essere curati per malattie che non si sarebbero mai manifestate. Occorre poi ristabilire un aperto dialogo tra la scienza biomedica e il lato umanistico della medicina, quello che ci aiuta a riconoscere la persona nella sua interezza, con i suoi sentimenti, emozioni, speranze e valori e che afferisce ad altri domini del sapere, quali: la filosofia, l'antropologia, la psicologia, l'etica e l'arte. I professionisti della salute devono, quindi, saper utilizzare, in modo appropriato, tutto ciò che la scienza mette loro a disposizione per la diagnosi e la cura delle malattie, ma nello stesso tempo devono imparare a prendersi cura della persona anche quando, come capita spesso, la scienza non sa dare risposte efficaci. In questi casi, la capacità di creare relazioni empatiche, dare conforto e infondere speranza rappresenta un elemento saliente della cura, anche perché può stimolare le potenti capacità reattive interne dell'individuo (effetto placebo)".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista ad Antonio Bonaldi

Gestione Enpam ed elezioni sotto un fuoco incrociato di critiche

Fatti e non opinioni: il presidente dell'Ente previdenziale risponde alle critiche sindacali e dell'Ordine di Milano elencando le motivazioni di determinate scelte e gli esiti positivi ottenuti fino ad ora. Ma le spiegazioni addotte non arrestano la polemica, anzi le alimentano

Simone Matrisciano

Rappresentanza di genere, di generazione, pluralità e democrazia: questo il poker d'assi che **Alberto Oliveti**, Presidente dell'Enpam, fa scendere sul tavolo dei risultati elettorali per il rinnovo dell'Assemblea Nazionale dell'Ente. Una partita che però è ancora lontana dalla parola fine, che ha visto l'Ente sotto un fuoco incrociato di critiche. "Abbiamo raggiunto tutti gli obiettivi che c'eravamo prefissati, dichiara a M.D. Oliveti: i partecipanti al voto sono raddoppiati rispetto alla scorsa tornata elettorale, adesso le donne rappresentano il 30% della quota totale, l'età media degli eletti è scesa da 63 a 56 anni, e tutte le categoria professionali sono ora all'interno dell'organismo politico dell'Ente".

Non meno pesanti le carte lanciate sul tavolo dal segretario nazionale Smi **Pina Onotri** che alza i toni e parla di 'elezioni clandestine', posizionando il nostro Paese più vicino, in termini di democrazia, all'Arabia Saudita che all'Europa. Elezioni svolte senza una corretta informazione, negazione del pluralismo, eliminazione delle minoranze, astensionismo al 90% e un ricorso irrisolto al TAR: full!

Cinque carte sul tappeto verde al quale il Presidente Oliveti non fa

mancare risposte puntuali: "Ho sperato fino all'ultimo minuto utile e mi sono prodigato affinché fosse possibile dar vita liste condivise tra le sigle sindacali, ma forse hanno prevalso altre necessità interne a ciascun sindacato", commenta il Presidente.

► Le risposte di Smi e Snami

"Il presidente fa riferimento alla sua 'speranza' che si facessero liste uniche - replica repentina Pina Onotri - e che invece è prevalsa la voglia di 'contarsi'. A parte che le liste uniche ricordano anche tempi nefasti del nostro stesso Paese, il democraticissimo e liberale ventennio, Oliveti, o forse dovremmo chiamarlo alla 'bulgara' Olivetivich, conferma così di avere una cultura politica basata sul partito unico, dove non c'è spazio per le minoranze e, quindi, per l'esercizio del controllo, che è basilare in un sistema di rappresentanza occidentale. Non discutiamo i sistemi maggioritari, ma questo dell'Enpam, 'plebiscitario', non consente a chi prende il 26% dei voti di avere anche solo un diritto di tribuna. Per questa ragione non c'è stata lista unica: non potevamo essere principi del *porcellum* in camice bianco. In politica, ma anche tra le persone coerenti e di buonsenso, per una

'poltrona' non si abdica dai principi, anche se questa magari era la strada più semplice e fruttuosa".

Sulla stessa lunghezza d'onda l'intervento dello Snami che accusa Oliveti di populismo. "Non è possibile non intervenire - sostiene **Angelo Testa**, presidente nazionale dello Snami - quando si leggono delle dichiarazioni del presidente della Fondazione che sostiene che con le elezioni si sono garantite democrazia, pluralismo, rappresentanza di genere. Oliveti poteva risparmiarsi questo populismo spicciolo perché ben sa che in questa tornata elettorale ha vinto l'astensionismo che ha raggiunto circa il 90% degli aventi diritto. La sua espressione: *ho sperato che fosse possibile arrivare a liste condivise tra le diverse sigle, ma ha prevalso la voglia di contarsi* non risulta affatto corrispondente alla realtà a noi dello Snami, addirittura, ci risulta che il presidente abbia partecipato a incontri con una sola parte. In realtà sono state elezioni lampo e volutamente frettolose, con partenza ad *handicap* e un regolamento che non prevede traccia della minoranza, per cui abbiamo cercato di opporci alla 'corazzata dei poteri consolidati' nonostante le indubbie 'certezze' che avevamo sin dall'inizio, e non 'col senno di poi', di tante e troppe anomalie di

queste elezioni. Il presidente Oliveti e il suo largo *entourage* dal loro alto belvedere 'dove si vuole vedere l'opposto di quello che vediamo noi' dovrebbe riflettere sul festival della disinformazione che abbiamo vissuto e che ci si continua a propinare, ed essere consapevole che questo *bailamme* mal si addice a una professione intellettuale come la nostra".

► Una dura contrapposizione: gli antefatti e il ricorso al TAR

I toni del dibattito riflettono la dura contrapposizione avvenuta prima dello svolgimento delle elezioni. Cgil Medici, Cisl Medici, Fespa, Simet, Simpef, Smi, Snam e Uil Fpl sono scese in campo inviando una lettera congiunta alla FNOMCeO in cui si richiedeva l'intervento della Federazione. Nella missiva i sindacati criticavano aspramente il nuovo regolamento per le elezioni Enpam definendolo un *porcellum* in camice bianco. "Un voto in più, e chi vince per il rotto della cuffia si prende tutto". Ma a essere contestata è stata pure la tempistica e la data delle elezioni: "Un tempo estremamente

ridotto - si legge nella missiva inviata alla FNOMCeO - per poter fare le liste e per fare una campagna di sensibilizzazione adeguata. Il regolamento, infatti, prevede al punto 16 che l'avviso delle elezioni vanga dato con 45 giorni di anticipo, poi, però, al capo VI con una norma transitoria si aggiunge che i termini possono essere ridotti sino alla metà da una speciale Commissione, a sua volta prevista al punto 12". Cosa puntualmente avvenuta.

"Gentile presidente - conclude la lettera - non possiamo, quindi che rivolgerci a lei, massima istituzione della categoria, per segnalare questa pericolosa e grave anomalia e per chiedere un suo intervento e della rappresentanza ordinistica affinché si apra un confronto con i dirigenti dell'Enpam e si pongano i giusti rimedi al regolamento elettorale. Le elezioni devono essere una festa della democrazia e della libera scelta, non una mortificazione dei principi liberali e democratici".

All'appello risponde l'OMCeO di Milano che ricorre al Tar del Lazio contro il nuovo regolamento Enpam. Il Tar però respinge il ricorso. La

sentenza, in effetti, non entra nel merito delle osservazioni fatte dall'OMCeO di Milano, ne riconosce "profili di possibile fondatezza", non tali però da rendere legittimo un intervento di urgenza che revochi le elezioni.

► Il Presidente Enpam replica

Secondo Oliveti la scelta della data delle elezioni non è stata affatto casuale né frettolosa: "Alla fine di giugno scade l'attuale consiglio - spiega - e noi volevamo arrivare a quella data con il nuovo organismo per evitare pericoli pensieri di commissariamento dell'Ente. D'altra parte il respingimento dell'esposto da parte del Tar testimonia che abbiamo agito secondo le regole".

Per quanto concerne le insinuazioni fatte anche sulla sicurezza (o meno) delle pensioni dei medici, Oliveti replica: "Sono i numeri che parlano per la gestione dell'Ente. Pensiamo a cinque anni fa: il nostro patrimonio era di circa 10 miliardi, mentre oggi è salito a 16,2 miliardi. E guadagnare 6,2 miliardi in questi anni di crisi non è certo cosa semplice. Inoltre, mentre cinque anni fa le garanzie di sostenibilità nel pagamento delle pensioni erano in prospettiva di 12 anni più 9, attingendo al patrimonio e in caso di zero versamenti all'Ente, oggi i nostri studi ci confortano di più: i 12 anni di prima sono diventati 50, mentre i 9 garantite dalle nostre casse sono diventati 13, con in aggiunta i beni patrimoniali".

I risultati

Nelle elezioni Enpam, oltre al rinnovo delle Consulte nazionali e regionali in palio c'erano 59 seggi (dei 177 totali) per l'Assemblea nazionale suddivisi per le rispettive categorie professionale e modulate in base al peso dei contributi versati:

Categoria A Medicina generale

Categoria B Pediatria

Categoria C Specialistica ambulatoriale

Categoria E Libera professione

Categoria F Dipendenti

La lista Fimmg ha vinto per la Medicina Generale. La lista della Fimp ha prevalso nella pediatria. Per quanto riguarda la dipendenza la vittoria è andata alla Lista guidata da Anaao e Cimo con il 69% dei voti.

Categoria A Medicina generale

- Lista Attiviamo la Medicina generale-Fimmg per l'Enpam: 6.097 voti (26 seggi assegnati)
- Lista L'Enpam ai medici: un voto per cambiare: 2.172 voti

Categoria B Pediatria di libera scelta

- Lista Fimp: 841 voti (4 seggi assegnati)
- Lista Alternativa pediatrica: 229 voti
- Lista Pediatri di famiglia: 111



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

Il Congresso europeo dell'EGPRN e le lezioni rumene

Una straordinaria macchina congressuale che da 40 anni due volte l'anno costituisce un'importante palestra soprattutto per i giovani ricercatori. Partecipare al meeting di maggio 2015, dopo un po' di anni che mancavo all'appuntamento, si è rivelata un'esperienza illuminante ed è equivalsa a un bagno di umiltà. Ha modificato il mio approccio e mi ha palesato alcuni importanti limiti della Medicina Generale praticata nel nostro Paese rispetto a quanto avviene in Romania

Francesco Del Zotti
 Medicina Generale, Verona
 Direttore di Netaudit

Dal 7 al 10 maggio a Timisoara (Romania) ho partecipato al Congresso europeo dell'EGPRN, un *network* europeo di medici di medicina generale orientati alla Ricerca. Mancavo da qualche anno. Sono stato felice di re-incontrare colleghi italiani che ci rappresentano. Sono stato per 6 anni rappresentante italiano e sono stato favorevolmente colpito dal fatto che il mio successore, il dr. Ferdinando Petrazzuoli, è molto bene inserito nei vertici: è membro dell'*executive board* europeo. Il suo collega e amico, il dottor Nicola Buono, è a sua volta l'attuale rappresentante per l'Italia. Infine, il presidente europeo è "quasi italiano": il maltese dr. JK Soler, che parla un perfetto italiano e ama la nostra compagnia.

L'EGPRN è una straordinaria macchina congressuale che da 40 anni due volte all'anno costituisce una importante palestra soprattutto per i giovani ricercatori: tutto è formalizzato. Ogni relatore ha un suo *feedback* da un medico esperto, che usa delle griglie scritte ben collaudate. Ogni relazione ha un tempo corrispettivo dedicato a una molto formativa discussione, ali-

mentata da domande secche e profonde: qui si capisce che porgere dal pubblico una domanda appropriata e il saper rispondere da parte del relatore sono arti fondamentali di ogni collega orientato alla ricerca. Esistono diverse tipologie di comunicazioni: il collega alle prime armi o timido o non ancora ferrato in inglese può orientarsi verso un poster o verso una slide *5 minutes presentation* (con discussione 5 minuti), invece che verso la classica comunicazione di 15 minuti con successivi 15 minuti di discussione. Inoltre è presente un'articolata sessione poster, con relativa discussione accanto al poster, con un premio annuale al miglior poster vincitore.

► Osservare da vicino la diversa operatività

Tutta questa perfezione organizzativa ha un rischio: di essere astratta rispetto al mondo della pratica, cuore della Medicina Generale. Questo rischio però viene bilanciato con due metodi. Il primo è legato alla selezione: quando si scelgono i lavori da accettare un importante punteggio viene assegnato alla pregnanza della comunicazione rispetto ai problemi concreti di tutti i giorni del medico di famiglia. Per esempio, il premio-poster quest'anno è stato assegnato a una ricerca sul come comunicare con i pazienti con problemi sessuali, magari "nascosti", in particolare con l'iacula-



zione precoce. Il secondo modo per restare vicini alla pratica è la *practice visit*. Venerdì pomeriggio tutti i partecipanti possono scegliere di visitare un ambulatorio medico di comuni medici di famiglia del territorio circostante.

► La visita allo studio di una collega

Ritengo questa prassi una straordinaria occasione per osservare da vicino la diversa operatività di colleghi dei sistemi sanitari dei tanti Paesi europei. In particolare quello che ho visitato è uno studio gestito da una dottoressa di circa 40 anni, con un ambulatorio dignitoso di 70 metri quadri; una stanza è dedicata alle terapie e massaggi e terapia complementare (messi in atto dalla dottoressa).

Lavora, assunta dalla collega, un'infermiera che svolge anche le mansioni di segretaria. La collega ci ha riferito che i Mmg rumeni sono pagati al 70 per cento per la lista dei pazienti e al 30 per cento per prestazione. Ogni visita ambulatoriale compone un certo punteggio-pagamento, sino a un tetto di 20 visite al giorno; oltre le venti visite il pagamento non viene effettuato. Un pagamento ulteriore è legato a visite periodiche sistematiche: una ogni 3 anni. È previsto un rimborso supplementare per eventuali Ecg, doppler, spirometrie, ed ecografie. Ciò mi ha colpito favorevolmente, visto che sono poche le Regioni italiane che hanno simili convenzioni con i medici di medicina generale. In merito alla visite domiciliari, la collega deve garantire una fascia oraria di due ore per visite domiciliari richieste prima di una certa ora; se la richiesta arriva dopo, la collega viene pagata direttamente

dal paziente. Una nota dolente per i colleghi è il fatto che i pazienti devono pagare integralmente molti test diagnostici, a meno che non siano ricoverati.

E ora due curiosità: il Mmg si fa pagare il certificato obbligatorio pre-matrimoniale, che obbliga tutti i cittadini ai test per la Tbc e la Lue; La seconda curiosità è legata a una speciale esenzione ticket, per "cittadino rivoluzionario", esenzione che è stata concessa a cittadini con particolari meriti nella rivolta anti-Ceausescu del 1989, che proprio a Timisoara ha visto i primi fondamentali passi.

Un sistema informatico più sicuro e avanzato del nostro

In merito all'informatica, da alcuni mesi la Medicina Generale rumena presenta importanti novità. Ci ha sorpreso scoprire che la computerizzazione e il collegamento telematico dei Mmg rumeni è più avanzato di quanto succede in gran parte delle Regioni italiane. I pazienti sono dotati di card elettronica con cui si identificano alla postazione pc del Mmg e con cui autorizzano il proprio medico a visionare il Fascicolo Sanitario Elettronico. Il medico a sua volta ha una penna che gli consente di apporre una reale firma digitale sulle prescrizioni. Come sappiamo, da noi, invece, le card-pazienti sono usate in poche Regioni e anche lì non sempre sono attive; e la firma digitale, standard europeo che va ben oltre una User una PWD e un VPN, sono assenti in gran parte delle Regioni italiane.

A dire la verità questa telematica sanitaria spinta disorienta e preoccupa

pa i colleghi rumeni. A denti stretti i colleghi ci fanno capire che vi è il rischio che si torni, per vie "Modem-moderne" a metodi dell'antico regime, ai metodi della sorveglianza totale. Analoghi commenti ho ricevuto da colleghi di altri Paesi dell'Est ove velocemente stanno arrivando reti di server e di modem.

► Libertà e democrazia, noi le diamo per scontate

Insomma, ho notato una discreta differenza rispetto ai Mmg italiani. Da noi, a mio parere, vi è una diffusa sottovalutazione rispetto ai rischi attuali di snaturamento della professione e della democrazia, insiti nell'affrettato e piuttosto sregolato arrivo di certificati telematici, ricette dematerializzate e FSE-*Patient summary*.

Evidentemente noi medici di famiglia italiani abbiamo uno svantaggio rispetto ai colleghi rumeni: il metodo italiano dell'imposizione graduale, ma incessante di "novità moderne" che rischiano di ridurre le libertà professionali e a volte quelle costituzionali, ha un potere immunizzante inferiore rispetto all'aver subito - in Romania - una chiara e plateale dittatura.

Se poi si volge lo sguardo al riconoscimento universitario della Medicina Generale, la Romania ci stacca di molti punti: sono state istituite svariate cattedre di MG in diverse università.

Tirando le somme devo proprio ammettere che il viaggio in Romania per me è equivalso a un bagno di umiltà: mi ci recavo con l'idea di un cittadino-medico proveniente dal "ricco ovest" e invece, pur nella difficile situazione rumena, ho intravisto da un'altra visuale i miei, i nostri limiti.

Formazione, EURACT indica la via per la valutazione dell'apprendimento

L'ultimo documento diffuso dall'EURACT è un Assessment for Learning, un modello globale per la valutazione sull'insegnamento ricevuto dai futuri medici di famiglia. Una valutazione che deve porre l'accento sugli aspetti collaborativi tesi a favorire un approccio di partenariato tra il tirocinante e il trainer

Francesco Gombia

L'EURACT, acronimo di *European Academy of Teachers in Family Medicine*, è il network del Wonca Europe che si interessa da anni dell'insegnamento della Medicina Generale e della formazione dei giovani medici di famiglia. L'ultimo documento diffuso dall'EURACT è un *Assessment for Learning*, una valutazione sull'insegnamento ricevuto dai futuri Mmg. Un apprendimento che, solitamente, avviene con l'ausilio dei cosiddetti *formative test*, meglio noti forse come prove intermedie di verifica, che anticipano la prova finale di laurea. "Questo documento nasce da una constatazione di fatto, dichiara a M.D. **Francesco Carelli**, membro dell'esecutivo di EURACT: "non impariamo dall'esperienza, ma dalla riflessione su quest'ultima. L'*Assessment for learning* nasce dalla volontà di affermare con forza che più di un esame finale, gli studenti di Medicina Generale hanno bisogno di un rapporto costante con il loro *tutor* per apprendere sul campo, toccando con mano". Una sorta di apprendimento esperienziale insomma che, così facendo, dovrebbe abbattere di molto il rischio di vivere, da parte del gio-

vane medico, difficoltà finali e post-laurea durante l'attività in studio: ogni ritardo di apprendimento, ogni manchevolezza, verrà letteralmente 'tirata fuori' dal *tutor* durante il percorso.

► La chimera della Specialità

Un discorso che si inserisce in una cornice sempre verde: la dignità della Medicina di Famiglia come specialità. "Sono anni che noi dell'EURACT riteniamo che ogni Università debba avere un dipartimento dedicato alla Medicina di Famiglia. Cosa che in Italia non c'è" tuona Carelli. Un percorso quello del medico di medicina generale non equiparabile alla laurea di specialità; dato evidente anche confrontando l'onorario di un Mmg con quello di uno specialista: in molti casi, almeno la metà.

Una prospettiva che potrebbe cambiare e trovare terreno fertile nei prossimi quattro anni, grazie alla nascente presidenza italiana della UEMO (*European Union of General Practitioners*), organizzazione che rappresenta 650.000 medici di medicina generale in 27 paesi europei. Il presidente **Aldo Lupo** ha dichiarato, in occasione dell'inaugurazione a Roma del percorso europeo

dei Medici di Famiglia: "si tratta di un percorso volto a creare un Mmg sempre più 'europeo', tramite percorsi di formazione e di aggiornamento uniformi e il coinvolgimento dei medici nei momenti decisionali delle Istituzioni Sanitarie". Lupo ha poi ricordato come il tema delle cure primarie come specialità sia di straordinaria importanza per costruire un'armonizzazione di sistema in Europa. Concetto ribadito anche dal Ministro Lorenzin.

Belle parole che però rischiano di rimanere tali. Amaro, Carelli conclude: "Sono decenni che noi dell'EURACT gridiamo la necessità di considerare la Medicina di Famiglia una specialità: ma l'Italia, e non solo, è sorda, e siamo andati addirittura in direzione opposta, livellando sempre più al basso la MG come medicina di base. Non considerare la Medicina di Famiglia una specialità significa avere una Medicina Generale, al massimo, di serie B".



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

L'equivoco delle Aggregazioni Funzionali Territoriali

Serve chiarezza sui compiti e sulle funzioni delle AFT per poterne garantire la costituzione e lo sviluppo. Le procedure, finora avviate dalle Regioni per la definizione territoriale e la costituzione, risultano troppo eterogenee e risentono spesso di interpretazioni locali

Giuseppe Belleri

Medicina Generale, Flero (BS)

Da un anno le Regioni, in ordine sparso e con diverse modalità attuative, hanno avviato le procedure per la definizione territoriale e la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) previste dalla riforma Balduzzi, del 2012. Gli orientamenti delle amministrazioni sono come spesso capita poco uniformi e risentono di interpretazioni locali e talvolta forzate della normativa nazionale, che peraltro dovrà essere recepita dal futuro ACN rispetto al quale permane un'ampia incertezza.

Secondo la legge Balduzzi le AFT, caratterizzate dal mantenimento della scelta del medico di fiducia e del rapporto individuale, sono *"forme organizzative monoprofessionali (...) che condividono in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi"*. La legge, in alcune Regioni, esclude un'attività assistenziale 'esterna' al gruppo, ovvero rivolta alla popolazione di assistiti, perchè privilegia funzioni e attività 'interne' al gruppo di Mmg, di tipo culturale e formativo in senso lato, ad esempio centrate sulle esperienze di governo clinico. La legge indica anche alcuni precisi strumenti di valutazione della

qualità dell'assistenza e delle *performance*, come l'audit sui risultati di processo/esito e salute, in relazione ai principali PDTA o applicazione di Linee Guida, interventi di Formazione sul campo, ecc. Nelle AFT dovranno essere inseriti i medici di continuità assistenziale con i quali dovrà essere possibile attuare una maggiore integrazione e continuità dell'assistenza tramite una rete informatica per la condivisione e lo scambio delle informazioni rilevanti.

► Le opportunità

Le AFT sono l'occasione per aggregare i Mmg dispersi, favorire il confronto sul campo tra loro superando il tradizionale isolamento della categoria; a partire dalle AFT è quindi possibile costruire quella comunità di pratica e di formazione continua, che è storicamente il principale *gap* della MG rispetto al resto del continente. Secondo il pedagogista Etienne Wenger, principale esponente del filone di studi in questo settore, la comunità di pratica (CdP) è un sistema auto-organizzato, che aggrega gruppi omogenei di lavoratori, sia a scopo di apprendimento che di sviluppo professionale, e che si compone di tre dimensioni:

1. Un campo tematico comune: argomento che unisce i partecipanti alla CdP e che può evolversi nel tempo e nello spazio.
2. La dimensione comunitaria: la base sociale della condivisione di idee, identità e modalità di azione e interazione.
3. Una pratica condivisa: conoscenze specifiche, contesto e modalità operative condivise, mantenute e coltivate dalla comunità stessa.

La CdP condivide generalmente un luogo fisico di appartenenza, ad esempio una divisione ospedaliera, ma può essere anche di natura virtuale, le comunicazioni tra i suoi membri, in forma elettronica, mantengono la coesione e l'identità del gruppo. Le AFT in quanto CdP potrebbero prevedere sia momenti periodici di interazione in presenza sia strumenti di comunicazione elettronici, come le reti professionali, mailing list, ecc. In questa prima fase, conta la chiarezza dei compiti e delle funzioni indispensabili per garantire la costituzione e lo sviluppo di queste nuove forme organizzative.

Il testo completo dell'articolo è consultabile su <http://blog.libero.it/cureprimarie>

Lo stato dell'arte dei Creg lombardi

Presentati di recente a Milano, nel corso del convegno “Buongiorno Salute”, organizzato da Fimmg-Lombardia, i primi dati del progetto “Buongiorno Creg”, un segmento rilevante della più vasta sperimentazione lombarda dei Creg per la gestione delle cronicità

Buongiorno Salute il recente convegno organizzato da Fimmg Lombardia e SIF-Med (Scuola Italiana di Formazione e Ricerca in Medicina di Famiglia), con il contributo di Telbios, partner tecnologico del progetto “Buongiorno Creg”, è stata l'occasione per fare un punto sulla sperimentazione lombarda dei *Cronich Related Groups*.

“Una prima fase di sperimentazione si è appena conclusa - ha dichiarato **Fiorenzo Corti**, segretario Regionale della Fimmg - e anche se i dati sembrano incoraggianti, vista la proposta regionale di allargamento della sperimentazione ad altre Asl (Milano, Varese, Monza e Brianza, Cremona) abbiamo ritenuto necessario promuovere questo convegno per sentire e condividere con tutti gli attori coinvolti nel territorio gli sviluppi del progetto regionale, anche in vista della prossima sottoscrizione dei contratti tra Asl e Cooperative mediche”.

► I numeri

Il progetto “Buongiorno Creg”, parte rilevante della più vasta sperimentazione Creg, avviata in Regione, ha coinvolto dal 2012 ad oggi circa 30.000 pazienti, 300 medici di famiglia organizzati in 3

cooperative (IML, MMG CREG e CMMC), in 4 Asl (Bergamo, Como, Milano città e Milano 2).

Ai pazienti arruolati, affetti da malattie croniche (21.570 ipertesi, 8.746 diabetici, 5.429 affetti da scompenso cardiaco, 2.262 bronchitici cronici e un numero minore di pazienti affetti da altre patologie croniche), il proprio medico ha proposto un piano di cura dedicato nell'ottica della medicina di iniziativa e di prossimità. Secondo quanto dichiarato dal Direttore Generale Salute della Lombardia, **Walter Bergamaschi**, per i pazienti trattati nella sperimentazione si sono registrati minori ricoveri ospedalieri e un minor numero di accessi al Pronto Soccorso.

Alla base del progetto c'è il telemonitoraggio capillare e l'attività

del Centro Servizi che ha periodicamente contattato i pazienti coinvolti per verificarne adesione, partecipazione, percezione sui servizi erogati ed evoluzione del rapporto con il proprio medico. Circa il 67% dei pazienti ritiene che la partecipazione a questa sperimentazione abbia influito positivamente sulla propria salute. Il 65.8% ha dichiarato di essere stato motivato a partecipare dalla fiducia riposta nel proprio medico. Le prestazioni previste dal Piano di Cura sono state eseguite dal 66% dei pazienti e il 93% ha consegnato i risultati al medico di famiglia. Dai dati presentati si evince anche un miglioramento di alcuni dati clinici come, per esempio un miglioramento dei valori di colesterolo LDL e dell'emoglobina glicata.

Le perplessità dello Snamì di Sondrio

La Sezione Snamì di Sondrio, in un recente documento, inviato al direttore generale della Asl, elencando le criticità legate alla sperimentazione dei Creg, giudica il progetto non prioritario per i medici delle cure primarie. In particolare si oppone fermamente “all'obbligo per il medico che vuole partecipare alla sperimentazione, di costituire un soggetto giuridico terzo da scegliere tra cooperative di servizi o sociale, associazione temporanea di imprese, per l'organizzazione (Gestore Creg). Snamì Sondrio ritiene che in questo momento per i medici di cure primarie la vera priorità sia affrontare con urgenza il tema della governance clinico organizzativa della medicina del territorio in uno slancio formativo e progettuale partecipato e condiviso che valorizzi la realtà esistente”.

Le cure domiciliare sono il tallone d'Achille del nostro Ssn

Claudio Cricelli, Presidente Simg, in un'intervista a *M.D.*, a latere del Congresso nazionale CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto), svoltosi di recente a Bologna, spiega il perché l'assistenza domiciliare rappresenta l'anello debole del nostro sistema assistenziale

Le cure domiciliari rappresentano l'anello debole di un sistema sanitario che vive un momento di forte ristrutturazione. È questo uno degli aspetti emersi dai lavori del XIII Congresso nazionale CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto), svoltosi di recente a Bologna, che ha dato ampio spazio alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale. A latere del Convegno abbiamo chiesto al presidente della Simg **Claudio Cricelli** come mai l'assistenza domiciliare sia al momento la Cenerentola del nostro Ssn.

"L'attuale elemento di crisi del Ssn - ha tenuto *in primis* a precisare il Presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - è racchiuso nell'impossibilità di poter disporre di una quantità straordinaria quanto necessaria di risorse per disegnare nuove idee, nuovi contenuti e un nuovo ruolo per il personale sanitario, al fine di trasformare la struttura attraverso la quale opera la Medicina Generale. Non abbiamo bisogno di sigle inutili, ma di fatti concreti". Se infatti gli ospedali hanno da anni intrapreso la strada del cambiamento, lo stesso non si può dire della sanità territoriale, fetta del nostro sistema sanitario spesso attraversata da atteggiamenti pro-

positivi a contatto diretto però con una programmazione che lascia poco spazio alla concretezza.

"L'ospedale ormai è identificato come un luogo dove si cura ad alta intensità con un gran dispiego di risorse in poco tempo, continua Cricelli: ma una volta fuori dall'ospedale il paziente affronta un viaggio verso l'ignoto, perché nel corso degli anni nessuno ha adeguato le strutture sanitarie sul territorio né al cambiamento della funzione dell'ospedale né al mutamento delle patologie in termini di cronicità e comorbidità".

► La programmazione che non c'è

Un destino legato al lancio di una moneta, al 'testa o croce' o al 'pari o dispari' quello che attualmente attende il paziente che varca (per uscirne) le porte dell'ospedale. In alcuni casi, grazie al territorio in cui risiede, può avere la fortuna di contare su strutture riabilitative o su di un'assistenza domiciliare integrata collaudata, in altri della sola degenza tra le mura domestiche, con annesse difficoltà di assistenza a cui amici e parenti cercano di sopperire.

In un'ottica di autentica trasformazione, "il territorio dovrebbe agire come un radar che si attiva ogni volta che un paziente si reca in ospedale, pronto a predisporre le cure

future e a lavorare su ciò di cui questo avrà bisogno da lì a pochi giorni" dichiara Cricelli. Già, pochi giorni, perché gli ospedali sono sempre più in difficoltà, i tempi della degenza si accorciano: il letto è da liberare nel più breve tempo possibile.

Un *leit motiv* che ascoltiamo ormai da tempo: integrazione tra ospedale e territorio, dove la figura del Mmg che lavora con modalità tradizionali non può più esistere: "Dobbiamo tararci su un sistema che sia in grado di prendere in carico il paziente a casa dopo le dimissioni dall'ospedale, già durante il ricovero - sottolinea il presidente della Simg - si devono attivare i meccanismi per assistere il paziente sul territorio. Bisogna quindi predisporre tutti gli interventi necessari, dall'accoglienza al supporto domiciliare, in continuità con l'ospedale". Un passaggio che pare obbligato quello dalla medicina di attesa a quella della presa in carico totale dell'assistito, ma che ancora sembra lontano dall'essere riconosciuto e, ancor più, sostenuto.



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

Caro medico, ti lamenti, eppure sei pagato a peso d'oro

Alla vigilia dello sciopero annunciato a maggio e poi revocato dalla Fimmg, i Mmg, attraverso le pagine cittadine del Corriere della Sera di Bologna, si sono trovati di nuovo protagonisti di una polemica, ormai nota, che riguarda i loro guadagni fantasmagorici, tali da definirli come novelli Paperon de' Paperon

Le paghe d'oro dei medici di base. È questo il titolo dell'articolo apparso a maggio sull'edizione bolognese del Corriere della Sera alla vigilia dello sciopero annunciato e poi revocato dalla Fimmg. Per il segretario regionale Fimmg Emilia Romagna, **Renzo Le Pera**, l'articolo rappresenta l'ennesimo tassello di quella campagna di discredito messa in atto dalla Regione in un momento di dura contrapposizione con il sindacato sul futuro dell'assistenza territoriale. A fargli eco il Vice segretario vicario nazionale della Fimmg **Silvestro Scotti** che, intervistato da *M.D.*, parla di 'macchina del fango'.

"Chi sono i medici di base che costituiscono il primo fondamentale contatto del cittadino (spesso malato) con il servizio sanitario e l'assistenza?". Nell'articolo questo interrogativo, con annessa risposta, fa da corollario alla notizia dello sciopero indetto dai Mmg della Fimmg. Alla domanda l'autrice dell'articolo risponde con un breve identikit di ruoli e funzioni del medico di medicina generale, sciorinando però una serie di cifre che mettono in evidenza quanto possano cambiare gli emolumenti dei medici di fami-

glia dell'Emilia Romagna a secondo delle attività svolte, al punto che qualcuno - si legge - riesce a "incassare più dei 240 mila euro del Presidente della Repubblica".

► La risposta della Fimmg

Renzo Le Pera, risponde prontamente alle insinuazioni. In una missiva inviata all'autrice dell'articolo in cui si rammarica che il *Corriere* di Bologna abbia fatto da cassa di risonanza a "dichiarazioni di fonte regionale" precisa: "La fonte regionale, in sostanza, vorrebbe dare a intendere ai cittadini che, per i medici di famiglia, non ci sia distinzione tra incasso e guadagno. È e sarà cura della Fimmg informare su ciò correttamente i cittadini; sperando che anche il *Corriere* di Bologna contribuisca, come nella sua tradizione, a un'informazione imparziale".

Silvestro Scotti, intervistato da *M.D.*, non solo si dichiara in linea con quanto sottolineato dal collega, ma rincara la dose, parlando di una vera e propria macchina del fango messa su ad arte, ricordando che il presidente, nonché coordinatore regionale, della Sisac è stato nominato dalla Regio-

ne Emilia Romagna ed è un suo funzionario.

"A dire il vero quell'articolo alla Fimmg non ha disturbato più di tanto - dichiara Scotti - perché è chiaro, come sottolinea il collega Le Pera, che si gioca sul termine incasso, omettendo che il medico di famiglia si fa carico dei fattori produttivi".

Quello che è grave, secondo il Vice segretario nazionale Fimmg, è che "qualcuno si sia prodigato a delegittimare una categoria, che ha un alto gradimento da parte dei cittadini, mettendo in campo il vil denaro".



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

Gli italiani si rivolgono sempre più alla sanità privata

Secondo la ricerca Censis-Rbm Salute sulla sanità integrativa, presentata di recente a Roma, cresce la paura degli italiani per la copertura sanitaria futura. Si allungano le attese nel pubblico per visite ed esami e i cittadini, anche quelli con un reddito basso, si rivolgono al privato

In una recente dichiarazione il Commissario dell'ISS, Walter Ricciardi, ha affermato che l'Italia potrebbe rimanere l'unico Paese dell'Unione Europea con un sistema sanitario pubblico e universalistico. Ma i risultati della ricerca Censis-Rbm Salute: "Oltre l'attuale welfare integrativo: rinnovare la previdenza complementare e la sanità integrativa" - promossa in collaborazione con Previmedical e presentata a Roma al V "Welfare Day" - sembrano delineare uno scenario un po' diverso. Gli italiani, anche quelli con un reddito basso, si rivolgono sempre più alla sanità privata. Pagare diventa per tutti la condizione per poter accedere alle prestazioni sanitarie in tempi realistici. Un miliardo di euro in più in un anno è infatti uscito dalle ta-

sche degli italiani per un totale di 33 miliardi nel 2014 (+2% rispetto all'anno precedente). A tanto ammonta la spesa sanitaria *out of pocket*. Mentre la spesa sanitaria pubblica supera i 110 miliardi di euro. Ma tutto ciò non attenua l'incertezza degli italiani sulla salute. Il 63.4% si dichiara insicuro rispetto alla copertura sanitaria per gli anni a venire (il 77.1% al Sud, il 74.3% delle famiglie monogenitoriali, il 67% delle coppie con figli). Il 54% indica come priorità del welfare la riduzione delle liste di attesa (il 62.6% dei 29-44enni, il 59.1% dei residenti al Sud). Secondo i dati della ricerca, le liste di attesa peggiorano e cresce la paura, il servizio sanitario pubblico è sempre più intasato. Nell'ultimo anno si sono allungate le liste di attesa: 20 giorni in più per una risonanza magnetica al ginocchio (da 45 a 65 giorni), 12 giorni in più per una ecografia dell'addome (da 58 a 71 giorni), 10 giorni in più per una colonoscopia (da 69 a 79 giorni).

Perché il privato diventa conveniente

Una colonoscopia senza biopsia nel pubblico costa mediamente 56 euro di ticket e richiede 3

mesi di attesa (fino a un massimo di 6 mesi nel Centro Italia) oppure costa 224 euro nel privato con una settimana di attesa: il costo a carico del cittadino è di 28 euro per ogni giornata in meno di attesa. Una risonanza magnetica al ginocchio nel pubblico richiede un ticket di 63 euro e 74 giorni di attesa, 142 euro di costo nel privato con soli 5 giorni di attesa.

Sono 22 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto almeno un accertamento specialistico (radiografia, ecografia, risonanza magnetica, TAC, elettrocardiogramma, pap-test, ecc.): 5.4 milioni hanno pagato per intero la prestazione (1.7 milioni di questi sono persone a basso reddito). E sono 4.5 milioni gli italiani (di cui 2.8 milioni a basso reddito) che hanno dovuto rinunciare ad almeno una prestazione. Pagare diventa per tutti, anche per le persone con redditi bassi, la condizione per accedere alla prestazione in tempi realistici. Oltre 9 milioni di italiani hanno effettuato visite specialistiche nell'ultimo anno nel privato a pagamento intero (2.7 milioni di questi sono persone a basso reddito). Puglia e Campania sono le due Regioni in cui è più alto il ricorso agli specialisti privati.



Il percorso a ostacoli della sanità digitale

Nel nostro Paese le incertezze regolatorie, etiche e giuridiche sono tali da frenarne lo sviluppo. È quanto hanno sottolineato gli esperti del settore durante i lavori dell'*Italian Digital Health Summit* svoltosi a Milano

Incertezze sulle modalità e sui livelli di rimborso delle prestazioni in telemedicina, dubbi sul fronte regolatorio e ancora una pletera di perplessità di carattere etico, molte delle quali sottolineate di recente anche dal Comitato Nazionale di Bioetica. Sono gli ostacoli che ancora impediscono alla sanità digitale di spiccare il volo, nonostante le tecnologie siano sempre più precise e sofisticate e benché la maggioranza degli *Opinion Leader* di settore ravvisi nella *mobile health* un'opportunità imperdibile per il mondo della salute: a vantaggio dei pazienti, ma anche per la sostenibilità del Servizio sanitario.

È la fotografia della sanità digitale emersa dall'*Italian Digital Health Summit* di AboutPharma, che si è svolto a Milano con la collaborazione di lab Italia e il patrocinio del Ministero della Salute.

Nello scenario della *Digital Health*, che anche quest'anno si è fermata per un giorno a riflettere su se stessa, spicca ancora una volta il divario

fra un *trend* in crescita esponenziale - che riguarda soprattutto il numero di servizi e di utenti della *mobile health* - e lo stallo del quadro normativo, organizzativo e regolatorio. Si stima infatti che entro il 2018 avremo in tutto il mondo 1,7 miliardi di utenti di *app* per la salute, ma la strutturazione organica di questa "sanità parallela" sembra ancora un obiettivo lontano.

Le questioni relative alla sicurezza di applicazioni che assomigliano sempre di più a veri e propri dispositivi medici, al consenso informato, alla *privacy* e al trattamento aggregato di dati sensibili, ma anche i dubbi sulla vulnerabilità dei sistemi di sicurezza delle nuove tecnologie e sull'opportunità di favorire una maggiore auto-gestione della salute, smaterializzando il rapporto medico-paziente, rimangono problemi urgenti e tuttora irrisolti. Sottendono interrogativi di natura etica e giuridica, che si sommano al grande tema dell'organizzazione e del meccanismo di finanziamento del-

la sanità digitale: in tal senso - è emerso chiaramente nel corso del *Digital Summit* - il sistema dei DRG regionali non sembra poter dare risposte soddisfacenti.

► Gli AboutPharma Digital Awards 2015

Per prendere il largo e per superare gli ostacoli che ancora la rallentano, la salute digitale non può limitarsi ad attendere *imprimatur* e agevolazioni dall'alto: deve essere in grado di incidere concretamente sulla qualità di vita dei pazienti, sull'attività quotidiana dei clinici e sulle decisioni strategiche dei responsabili della programmazione sanitaria. Per questo gli AboutPharma *Digital Awards 2015* lanciano una nuova sfida a tutti partecipanti: *Time to impact!* Un imperativo, ma anche un incoraggiamento, che costituiscono il nuovo *pay-off* del Premio. I giurati saranno infatti chiamati a valutare i progetti in gara in base all'effettiva capacità di impattare su: *Quality of life* dei pazienti, *Effectiveness* dell'azione dei clinici ed *Efficiency* del sistema sanitario nel suo complesso. Inoltre gli AboutPharma *Digital Awards 2015* prevedono la presenza di una giuria aggiuntiva di 5 esperti, che valuteranno tutte le iniziative digitali in gara sulla base dei parametri dell'usabilità e del livello d'innovazione tecnologica.



Il malato al centro del processo terapeutico

In collaborazione con la Fondazione SmithKline, prende il via anche in Italia il PRO-CTCAE Study Group. Gruppo di studio che si avvale del PRO-CTCAE, un questionario che negli USA è ormai uno strumento standard usato nelle ricerche cliniche che consente al malato oncologico di segnalare gli effetti collaterali della terapia antitumorale somministrata

Il paziente protagonista in prima persona per la valutazione della tossicità dei farmaci oncologici negli studi clinici grazie all'*Italian PRO-CTCAE Study Group*. Dopo Giappone, Spagna e Germania, dal *National Cancer Institute* americano, arriva anche in Italia il PRO-CTCAE, sigla tanto impronunciabile quanto innovativa per il cosiddetto *patient empowerment* e che sta a significare *Patient Reported Outcomes - Common Terminology Criteria for Adverse Event*.

Ma cosa è e soprattutto a cosa serve il PRO-CTCAE? Si tratta di un questionario che negli USA è ormai uno strumento standard usato nelle ricerche cliniche che consente al malato oncologico di segnalare in autonomia e in maniera dettagliata gli effetti collaterali della terapia antitumorale che gli viene somministrata.

Questa strategia di coinvolgimento

del malato, che si trova a essere davvero al centro del processo terapeutico, arriva in Italia grazie all'alleanza tra pazienti e oncologi medici che - in collaborazione con la Fondazione SmithKline - hanno costituito l'*Italian PRO-CTCAE Study Group*.

Recentemente nel nostro Paese ha preso, infatti, il via la procedura di adattamento alla nostra lingua dello strumento PRO-CTCAE elaborato oltreoceano, cui seguirà la fase di validazione.

“L'obiettivo - spiega **Gian Franco Gensini**, Professore ordinario presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze e Presidente della Fondazione SmithKline - è valutare quanto un evento avverso possa interferire nel quotidiano, al di là di ciò che può essere colto dai medici, pur con il massimo dell'attenzione”.

Diversi studi, nel corso degli ultimi

anni, hanno dimostrato come, durante la conduzione di uno studio clinico, spesso la tossicità relativa ai trattamenti antitumorali sia sottostimata dai ricercatori. In Italia una ricerca pubblicata recentemente nel *Journal of Clinical Oncology* ha confermato questo dato prendendo in esame i dati di tre ricerche cliniche coordinate dall'Unità Sperimentazioni Cliniche dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli diretta dal Dr. Francesco Perrone che spiega: “Abbiamo valutato sei tossicità con una elevata componente soggettiva (nausea, vomito, anoressia, alopecia, diarrea e stipsi) in oltre 1.000 pazienti e abbiamo trovato che vi è una sottostima da parte dei medici ricercatori che oscilla dal 47% al 74%. Solo l'integrazione con uno strumento compilato direttamente dal paziente può modificare questo fenomeno”.

Italian PRO-CTCAE Study Group

L'*Italian PRO-CTCAE Study Group* si è costituito legalmente il 19 giugno 2014 e si avvale del supporto e delle competenze di: associazioni pazienti con la Favo (responsabile delle relazioni con il National Cancer Institute con il quale ha sottoscritto l'accordo per il trasferimento e la validazione in Italia del PRO-CTCAE), società scientifiche con l'Aiom, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori - Irccs Pascale di Napoli, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Fondazione SmithKline nonché dell'*expertise* della Direzione Medica di AstraZeneca e GSK. L'iniziativa è supportata grazie a un *unconditional grant* di GSK.

AGGIORNAMENTI



■ **DIABETOLOGIA**

La sicurezza cardiovascolare dei nuovi farmaci antidiabete

■ **CARDIOLOGIA**

Riduzione del colesterolo LDL: "lower is better"

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Equilibrio intestinale favorito da specifici ceppi di probiotici

■ **NUTRIZIONE**

Manifesto sulle criticità in nutrizione clinica e preventiva

■ **ONCOEMATOLOGIA**

L'ematologia di precisione e il modello della LMC

■ **OSTEOPOROSI**

Nuova nota 79, una guida all'appropriatezza terapeutica

■ **PATOLOGIA TROMBOTICA**

Trattamento del tromboembolismo venoso con l'avvento dei NAO

■ **TRAUMATOLOGIA**

Sport, traumi e contratture: razionale d'uso dei miorilassanti

■ DIABETOLOGIA

La sicurezza cardiovascolare dei nuovi farmaci antidiabete

L'evidenza epidemiologica mostra chiaramente che le persone con diabete tipo 2 hanno un'incidenza di malattia cardiovascolare 2-3 volte più alta rispetto ai soggetti non diabetici. Sulla scorta di tale premessa, il controllo della glicemia potrebbe pertanto essere un modo per contribuire alla riduzione del rischio di malattia cardiovascolare nel diabetico.

Il miglioramento del controllo glicemico può essere ottenuto con vari provvedimenti farmacologici. Ogni farmaco ha però caratteristiche che potrebbero impattare in modo diverso sul rischio cardiovascolare. Ad esempio, le sulfaniluree migliorano il controllo glicemico ma espongono al rischio di ipoglicemia che, nel soggetto cardiopatico, potrebbe scatenare una crisi anginoso. Inoltre il "caso rosiglitazone" esploso nel 2006 aveva fatto sorgere il sospetto che anche questo farmaco potesse aumentare il rischio di infarto miocardico e di scompenso cardiaco e per tale motivo, a partire dal 2008, le autorità regolatorie americana (FDA) ed europea (EMA) hanno imposto di effettuare dei trial sulla sicurezza cardiovascolare di tutti i nuovi farmaci

antidiabete, emanando al riguardo una speciale 'guidance' per le industrie produttrici.

I trial di sicurezza cardiovascolare su trattamenti per il diabete di tipo 2 hanno l'obiettivo di dimostrare la 'non-inferiorità' dei nuovi trattamenti, cioè l'assenza di un rischio cardiovascolare aumentato nei soggetti trattati con un nuovo farmaco, rispetto a quelli del gruppo di controllo.

Al 75° congresso dell'American Diabetes Association svoltosi a Boston (5-9 giugno 2015) sono stati presentati i risultati di due ampi studi di sicurezza cardiovascolare: lo studio TECOS con sitagliptin e lo studio ELIXA con lixisenatide.

► Lo studio TECOS

TECOS (Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes with Sitagliptin) è uno studio di non inferiorità controllato con placebo sulla sicurezza cardiovascolare di sitagliptin, utilizzato in aggiunta alla terapia tradizionale in oltre 14.000 pazienti affetti da diabete di tipo 2.

Lo studio ha raggiunto il suo endpoint primario composito cardiovascolare di non-inferiorità (definito come il tempo alla prima occorren-

za di uno dei seguenti eventi: morte cardiovascolare, infarto e ictus non fatali o ospedalizzazioni per angina instabile) comparato alla terapia tradizionale senza sitagliptin. Complessivamente, l'endpoint primario è stato raggiunto nell'11.4% (n=839) dei pazienti trattati con sitagliptin comparato all'11.6% (n=851) dei pazienti trattati con placebo nella analisi intention-to-treat (HR= 0.98; 95% CI 0.89-1.08), e nel 9.6% (n=695) dei pazienti di entrambi i gruppi nella analisi per protocol (PP) (HR=0.98; 95% CI 0.88-1.09; p<0.001 per non inferiorità). Inoltre, tra gli endpoint secondari non si è riscontrato nessun aumento dei ricoveri per insufficienza cardiaca e i tassi di mortalità per tutte le cause sono stati sovrapponibili nei due gruppi di studio.

I risultati dello studio, pubblicati in contemporanea su *New England Journal of Medicine*, sono stati accolti con molto favore da parte della comunità scientifica. Il Prof. **Giuseppe Ambrosio**, Ordinario di Cardiologia dell'Università di Perugia, spiega l'importanza di questi dati, frutto di uno studio iniziato nel 2008. "I risultati ci dicono in maniera inequivocabile che il trattamento con sitagliptin non presenta alcun incremento di rischio cardiovascolare.

I pazienti trattati non hanno riportato variazioni per eventi cardiovascolari, ictus, infarto miocardico e neppure per scompenso cardiaco, che invece in studi precedenti su farmaci di questa stessa classe

aveva causato qualche perplessità. Le due curve sono assolutamente sovrapponibili. Non solo, considerati i pazienti arruolati nello studio, l'uso di sitagliptin ha ridotto del 30% circa sia il ricorso ad altre terapie per la riduzione della glicemia sia il trattamento insulinico".

Sitagliptin è il primo farmaco approvato della classe degli inibitori della dipeptidil-dipeptidasi 4 (DPP-4), indicato per i pazienti con diabete di tipo 2 in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico per aumentare il controllo della glicemia, impiegato in monoterapia, quando la metformina è inadeguata, controindicata o presenta intolleranza, oppure in combinazione con metformina, sulfoniluree o pioglitazone. Sitagliptin può essere utilizzato anche in combinazione con insulina con o senza metformina, se la dieta, l'esercizio fisico e la terapia insulinica non garantiscono un adeguato controllo glicemico.

(Evaluation of Cardiovascular Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes After Acute Coronary Syndrome During Treatment With Lixisenatide), disegnato per valutare la sicurezza cardiovascolare di lixisenatide in pazienti adulti affetti da diabete di tipo 2 ad alto rischio cardiovascolare.

Lo studio ha randomizzato oltre 6mila soggetti adulti con diabete di tipo 2 ad alto rischio CV, ovvero pazienti che avevano recentemente avuto un evento spontaneo di sindrome coronarica acuta.

L'endpoint primario composito, che è stato valutato per la non-inferiorità e la superiorità, comprendeva morte cardiovascolare, infarto del miocardio non fatale, ictus non fatale od ospedalizzazione a seguito di angina instabile. Il trial è iniziato nel 2010 ed è stato completato nel 2015.

Lixisenatide ha centrato il criterio prespecificato di non inferiorità versus placebo relativamente all'end-point primario di sicurezza cardiovascolare, ma senza evidenza di superiorità.

Anche per quanto riguarda la sicurezza non-cardiovascolare non sono emerse particolari differenze tra lixisenatide e placebo: ipoglicemie gravi sintomatiche sono state rilevate nella misura di 0.3 eventi per 100 anni-paziente con lixisenatide e 0.6 eventi per 100 anni-paziente nel gruppo placebo; pancreatiti nello 0.2% del gruppo lixisenatide e nello 0.3% del gruppo di controllo; tumori del pancreas <0.1% nel gruppo lixisenatide e

0.3% nel gruppo placebo; patologie neoplastiche in generale nel 2.9% dei pazienti trattati con lixisenatide e nel 2.6% dei soggetti del gruppo di controllo.

"Lo studio ELIXA - commenta il Prof. **Stefano Del Prato**, Ordinario di Endocrinologia dell'Università di Pisa - è il primo studio di safety cardiovascolare per quanto riguarda gli agonisti del recettore del GLP-1 e conferma la sicurezza dell'impiego di lixisenatide anche nei soggetti con diabete tipo 2 ad alto rischio di eventi cardiovascolari. Studi di questa portata rappresentano la base per un impiego dei farmaci per il controllo della glicemia sempre più basato sull'evidenza".

Lixisenatide è un agonista del recettore del GLP-1 ad azione prandiale in mono-somministrazione giornaliera indicato per il trattamento di adulti con diabete di tipo 2 per ottenere il controllo glicemico in combinazione con farmaci ipoglicemizzanti orali e/o insulina basale, quando queste, unite a dieta ed esercizio fisico, non consentano un adeguato controllo glicemico. Lixisenatide è attualmente approvato in oltre 50 Paesi; in Italia è commercializzato da febbraio 2014.



► Lo studio ELIXA

Un altro trial di sicurezza cardiovascolare presentato al Congresso ADA di Boston è lo studio ELIXA



■ CARDIOLOGIA

Riduzione del colesterolo LDL: “lower is better”

Lo studio IMPROVE IT (IMProved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial) con 18.144 pazienti coinvolti (600 in Italia), una durata di circa 9 anni e 1.500 centri, rappresenta il più lungo studio di outcome CV condotto su pazienti con sindrome coronarica acuta (NEJM 2015; June 3, DOI: 10.1056/NEJMoA1410489).

Lo studio è stato disegnato per stabilire se, abbassando il C-LDL ben al di sotto di 70 mg/dL, associando ezetimibe a una statina si riducano ulteriormente gli eventi CV, poiché nei pazienti ad alto rischio trattati con statine, compresi quelli in terapia con valori bassi di C-LDL, continua a permanere un rischio CV residuo. Avendo raggiunto l'endpoint primario e tutti gli endpoint secondari composti d'efficacia, lo studio conferma la teoria “lower is better” (quanto più si riduce il C-LDL, tanto migliore sarà la prognosi in termini di nuovi episodi CV), anche partendo da livelli di C-LDL relativamente bassi, per arrivare a valori ben al di sotto (<55 mg/dL) degli obiettivi terapeutici attuali.

► Risultati

I pazienti in terapia con ezetimibe/

simvastatina hanno avuto un numero significativamente inferiore di eventi CV maggiori (misurati dall'endpoint composito di mortalità per cause cardiovascolari, infarto del miocardio non fatale, ictus non fatale, nuovo ricovero per angina instabile e rivascolarizzazione coronarica verificatisi a distanza di almeno 30 giorni dall'evento iniziale) rispetto ai pazienti trattati con la sola simvastatina.

Nello studio, a sette anni, si è verificato un evento fra quelli compresi nell'endpoint primario nel 32.7% dei pazienti in terapia con ezetimibe/simvastatina rispetto al 34.7% dei pazienti trattati con la sola simvastatina. Sulla base del range di valori di C-LDL nei due bracci in trattamento dello studio (a 1 anno, valore medio di C-LDL rispettivamente di 53 mg/dL con ezetimibe/simvastatina e 70 mg/dL con la sola simvastatina), la riduzione del 6.4% del RR osservata nel braccio ezetimibe/simvastatina è stata omogenea con l'effetto terapeutico previsto sulla base di precedenti studi sulle statine.

Una nuova analisi mostra che ezetimibe 10 mg-simvastatina 40 mg riduce gli eventi CV totali (first + recurrent) del 9% rispetto alla sola simvastatina 40 mg.

Questo risultato si basa sulla riduzione del 6.4% dei primi eventi, compresi nell'endpoint primario composito, insieme al 12% di riduzione degli eventi successivi al primo osservati nella presente analisi.

► Commento

“I risultati di IMPROVE IT sono stati accolti positivamente dalla comunità scientifica” - commenta **Claudio Rapezzi**, Direttore UO Cardiologia Policlinico di S. Orsola e Alma Mater-Università degli Studi di Bologna. “Lo studio era una scommessa, ma ha confermato che raggiungere valori di C-LDL pari a 50-60 mg/dL in pazienti ad alto rischio si traduce in una riduzione del rischio assoluto e del RR ‘quantizzabile’ con un risparmio di eventi e di vite umane. Alcuni si sono posti la domanda su quale debba essere il limite del C-LDL perché non si presentino problemi biologici. La vita fetale è il momento in cui si ha la necessità di maggior colesterolo: in questa fase il valore normale nel cordone ombelicale è circa 30-40 mg/dL, valore ampiamente sufficiente. Questo deve tranquillizzare perché stiamo ragionando su valori biologici e non ‘criticamente’ bassi”.



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

■ GASTROENTEROLOGIA

Equilibrio intestinale favorito da specifici ceppi di probiotici

L'attenzione dei ricercatori verso i probiotici applicati ai disturbi intestinali è in continua crescita.

“Studi recenti - afferma il Professor **Lorenzo Drago**, Direttore Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche, IRCCS Galeazzi, Università di Milano - dimostrano come probiotici ben selezionati e studiati, tra cui alcuni specifici ceppi di Lactobacilli e Bifidobatteri, possano creare una risorsa ottimale per il ripristino dell'equilibrio intestinale. La comunità scientifica si sta impegnando molto nel far chiarezza circa le caratteristiche ottimali di alcuni di questi probiotici in termini di efficacia e di sicurezza d'uso. Purtroppo, molti dei prodotti probiotici posti oggi in commercio non mostrano di avere i requisiti per essere definiti tali”.

“Al contrario, molti altri studi hanno dimostrato che alcuni di questi probiotici oggi in commercio presentano una valenza scientifica molto rilevante - continua Drago. Numerosi studi in vitro e in vivo hanno dimostrato, ad esempio, gli effetti benefici di due ceppi, i *Bifidobacterium longum* BB536 e *Lactobacillus rhamnosus* HN001, di sopravvivere alle avverse condizioni gastroenterologiche, di aderire alla mucosa intestina-

le e di interagire con l'ambiente intestinale. Sull'attività sinergica dei due probiotici sono in corso degli studi, i cui risultati ancora preliminari lasciano ben sperare per un effetto non antagonista tra loro. Ulteriori ricerche avranno l'obiettivo di dimostrare, inoltre, come l'assunzione regolare possa determinare una migliore efficacia e una maggior durata benefica degli effetti della associazione”. Consigliare dunque prodotti probiotici senza appurarne le caratteristiche e senza valutare per quale necessità si siano evoluti non è molto opportuno: più della quantità dei ceppi probiotici utilizzati gli studiosi si indirizzano verso la qualità. Appare evidente che, per quanto concerne il trattamento probiotico, è opportuno valutare quale genere di ceppo assumere per via orale al fine di aiutare l'intestino a rigenerare la propria funzionalità, nei casi in cui il microbiota batterico non sia più in equilibrio, una situazione sempre più frequente considerato il tipo di alimentazione ricca di junk food, di additivi e povera di fitonutrienti, vitamine e micronutrienti.

► IBS e disbiosi

La sindrome dell'intestino irritabile (IBS) è il più comune disturbo funzio-

nale gastrointestinale associato a disbiosi intestinale. “Colpendo il 7-10% della popolazione, rappresenta una delle entità cliniche più frequentemente riscontrate in medicina generale, gastroenterologia e pediatria” chiarisce il Prof. **Salvatore Cucchiara**, Direttore dell'Unità di Gastroenterologia e Epatologia Pediatrica dell'Università di Roma “La Sapienza”. Com'è noto l'IBS comporta una sintomatologia importante, in assenza tuttavia di una patologia organica. Accanto a fattori legati a stress, stile di vita e alimentazione, diverse evidenze hanno suggerito come un ruolo importante in questo disturbo sia svolto dal microbiota intestinale, tanto che sono segnalate differenze significative tra il microbiota intestinale dei pazienti affetti da IBS rispetto a quello dei soggetti sani”.

“Per questo, accanto a opportune modifiche comportamentali e dietetiche, è possibile intervenire direttamente sulla correzione della disbiosi, ricorrendo a opportuni probiotici”, commenta Cucchiara. “La condizione perché questo approccio sia utile, è che si ricorra a prodotti con una base scientifica certa, supportata da studi ad hoc. Dai dati disponibili, appare razionale l'impiego di combinazioni di ceppi, alcuni più attivi a livello intestinale, altri del colon”.



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

■ NUTRIZIONE

Manifesto sulle criticità in nutrizione clinica e preventiva

Sono almeno 17 milioni gli italiani che soffrono di malattie legate a problematiche nutrizionali, con un impegno economico per la collettività non inferiore ai 30 miliardi di euro l'anno e un trend in crescita. In termini di aggravio economico a livello mondiale, la sola obesità si colloca al 3° posto dopo fumo di sigaretta e guerre/terrorismo.

È la sintesi di quanto emerge da un dettagliato rapporto: "Manifesto delle criticità in Nutrizione Clinica e Preventiva per il quadriennio 2015-2018" patrocinato da Padiglione Italia di Expo 2015, elaborato e sottoscritto da 19 Società Scientifiche, 12 Università, 6 Fondazioni e Centri di Ricerca e 5 Associazioni di cittadini e pazienti.

"Lo scopo di questa iniziativa - spiega **Lucio Lucchin**, Coordinatore scientifico del Manifesto - è fondamentalmente quello di rompere un'ipocrisia che soprattutto nel nostro settore, quello sanitario, è piuttosto prevalente. Continuare ad affermare che la nutrizione sia importante per la terapia e per la prevenzione delle principali patologie che oggi ci affliggono è un denominatore comune, peccato però che all'atto pratico ci si accorge che la conoscenza è poca e la formazione è ancora meno

- soprattutto per noi medici per cui nell'ambito universitario si è andato addirittura a eliminare l'insegnamento in Nutrizione clinica e preventiva". L'ampio network che si è creato denota quanto sia sentita la necessità di interventi in questo campo.

► Le prime 10 sfide italiane

Il documento intende sia fungere da stimolo costruttivo a livello istituzionale, considerata l'inadeguata erogazione di prestazioni a livello pubblico in tale ambito, che promuovere una seria riflessione nei cittadini italiani sui temi legati alla nutrizione, affinché siano adeguatamente informati e partecipi delle principali criticità che il nostro Paese deve affrontare. Per questo il Manifesto ha individuato le prime 10 criticità da affrontare:

- sovrappeso-obesità;
- diabete di tipo 2;
- malnutrizione calorico-proteica;
- sarcopenia;
- disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
- comportamenti e condizioni socio-economiche a rischio di scadimento dello stato di nutrizione;
- stati carenziali;
- nutrizione artificiale domiciliare;
- tossinfezioni alimentari;

- diffusione incongrua degli integratori alimentari e necessità di aggiornamento legislativo nell'ambito della nutraceutica.

Le criticità affrontate e le relative proposte di intervento sono state valutate sulla base di criteri quantitativi assoluti: prevalenza numerica, conseguenze per la salute e costi sanitari. La multidisciplinarietà e la condivisione messa in campo dagli esperti e dai tecnici di settore ha permesso poi di proporre delle soluzioni a costo zero e sostenibili, obiettive e trasparenti nei confronti dell'opinione pubblica e dei *policy maker*, così da rendere possibile e ottimale la distribuzione delle risorse necessarie per contrastarle.

Fra le proposte di intervento quelle risultate più urgenti sono: 1) l'inserimento della nutrizione clinica nei piani formativi del medico; 2) risolvere la confusione di ruoli e competenze tra le troppe figure professionali che offrono prestazioni in ambito nutrizionale; 3) migliorare l'insufficiente integrazione ambiente-salute; 4) migliorare l'organizzazione strutturale pubblica in nutrizione clinica e preventiva; 5) rendere l'educazione alimentare vincolante nei piani formativi scolastici; 6) creare una task force di specialisti del settore che contrasti l'emissione di messaggi scorretti e fuorvianti sui media.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Lucio Lucchin e scaricare il Manifesto

■ ONCOEMATOLOGIA

L'ematologia di precisione e il modello della LMC

Anni di ricerche hanno rivoluzionato l'approccio alle malattie del sangue. Una rivoluzione partita dalla leucemia mieloide cronica (LMC) con l'avvento di farmaci in grado di colpire precisi bersagli molecolari e lo sviluppo di tecnologie sofisticate in grado di identificare le alterazioni molecolari. Alla cosiddetta "ematologia di precisione" e ai suoi successi è stata dedicata la X edizione della "Giornata Nazionale per la lotta contro leucemie, linfomi e mieloma" promossa da AIL e celebrata in Italia il 21 giugno.

Il vantaggio più importante che offre l'ematologia di precisione consiste nella possibilità di personalizzare al massimo le terapie, con benefici in termini di efficacia e minori effetti collaterali. "Le basi di questo approccio si sono consolidate nella seconda metà degli anni '90, quando venne sperimentata la possibilità di utilizzare i bersagli molecolari per sviluppare terapie innovative basate su piccole molecole di sintesi, come gli inibitori delle tirosinchinasi, in grado di agire direttamente sul bersaglio intracellulare specifico delle cellule leucemiche" afferma **Fabrizio Pane**, Professore Ordinario di Ematologia, Direttore dell'UO di Ematologia e Trapianti

dell'AOU Federico II di Napoli e Presidente della Società Italiana di Ematologia (SIE). "Le nuove terapie, applicate per la prima volta nel trattamento della LMC, si sono dimostrate anche più efficaci di quanto ci si aspettasse. All'imatinib, primo farmaco in grado di inibire l'attività tirosin-chinasica della proteina oncogenica, sono seguite molecole sempre più precise e oggi siamo già alla terza generazione di farmaci".

► Risposta molecolare profonda

L'efficacia di questi nuovi farmaci è stata dimostrata oltre che nella LMC anche per il mieloma, le malattie linfoproliferative, i linfomi. Ma è la LMC il modello del concetto e dei successi della terapia target: i numerosi studi clinici condotti negli ultimi quindici anni hanno dimostrato la capacità degli inibitori delle tirosinchinasi di indurre significative e persistenti risposte profonde di malattia in oltre il 90% dei casi. E oggi il traguardo è la sospensione del farmaco e quindi la guarigione: il passaggio chiave è la "risposta molecolare profonda", obiettivo delle attuali strategie terapeutiche. Vuol dire raggiungere un livello minimo di malattia residua, tale per cui nemmeno i più sofisticati e

sensibili metodi molecolari riescono a vedere la proteina alterata BCR/ABL. Quando questa risposta viene raggiunta e mantenuta nel tempo, significa che le cellule leucemiche sono pochissime e inattive e si può ragionevolmente iniziare a parlare di guarigione: l'interruzione del farmaco senza ritorno della LMC, e quindi la potenziale guarigione, è possibile in almeno il 40% dei pazienti.

► La rete LabNet

Per monitorare in modo affidabile e sicuro la risposta molecolare dei pazienti con LMC e garantire a tutti loro, ovunque risiedano, la stessa accuratezza negli esami di biologia molecolare, è stata attivato il network LabNet, che mette in comunicazione i Centri di Ematologia e i laboratori di biologia molecolare distribuiti sul territorio nazionale. La rete LabNet è stata realizzata dal GIMEMA - Gruppo Italiano Malattie EMatologiche dell'Adulto (con il supporto di Novartis), per ottimizzare la gestione della risposta molecolare e quindi perfezionare la cura dei pazienti con LMC: un paziente che esegue le analisi in uno qualsiasi dei Centri italiani, ha la certezza di ricevere una risposta basata sullo stesso metodo, sottoposto allo stesso controllo di qualità.



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

■ OSTEOPOROSI

Nuova nota 79, una guida all'appropriatezza terapeutica

L'Aifa, anche grazie al contributo della comunità scientifica, in particolare della SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro), ha rivisto i criteri di prescrivibilità a carico del Ssn per il trattamento dell'osteoporosi, alla luce delle nuove conoscenze recentemente acquisite e al fine di migliorare l'appropriatezza terapeutica.

Il Prof. **Giancarlo Isaia**, Presidente SIOMMMS e Direttore del Dipartimento di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso all'Ospedale Molinette di Torino ha commentato la notizia.

“Grazie a questo importante aggiornamento della nota 79, che certamente apporterà sensibili benefici ai nostri pazienti, un più corretto impiego delle risorse e anche una maggiore efficacia della nostra pratica clinica saremo in grado di raggiungere quanto fortemente auspicato dalla nostra società scientifica, cioè un sensibile miglioramento dell'appropriatezza della terapia e un conseguente calo di fratture da fragilità ossea negli anni a venire”.

Della precedente, la nuova nota 79

ha conservato i criteri più importanti, che hanno consentito sino d ora di identificare i pazienti osteoporotici a maggior rischio di frattura: una o più pregresse fratture vertebrali o di femore e il trattamento corticosteroidico cronico.

► Le novità

Tuttavia contiene le seguenti importanti novità:

- il riconoscimento dell'importanza, al pari della pregressa frattura di polso, anche di fratture osteoporotiche di altre sedi scheletriche,
- l'accesso al trattamento e alla prevenzione dell'osteoporosi a carico del Ssn di pazienti a rischio perché in blocco ormonale adiuvante, come per esempio pazienti in trattamento di deprivazione androgenica per carcinoma della prostata o in trattamento con inibitori dell'aromatasi per cancro della mammella,
- la possibilità di trattare donne in postmenopausa anche prima dei 50 anni se a elevato rischio di frattura,
- la considerazione della densitometria della colonna, oltre a quella del femore, con l'esclusione

invece del criterio ultrasonografico ai fini del trattamento a carico del Servizio Sanitario Nazionale,

- la semplificazione del criterio morfometrico per la diagnosi di frattura vertebrale,
- la possibilità di accesso al trattamento anabolizzante anche in presenza di documentata severa riduzione della densità minerale ossea,
- il riconoscimento dell'importanza in termini di rischio di frattura osteoporotica di altre comorbilità, oltre a quelle reumatiche, già considerate dalla precedente nota: la BPCO, le malattie infiammatorie intestinali croniche, il diabete, l'AIDS, la sclerosi multipla, il morbo di Parkinson e la grave disabilità motoria,
- la classificazione dei farmaci in linee di trattamento, in considerazione del rapporto costo/efficacia e del profilo di sicurezza, con la garanzia tuttavia di poter passare da una linea a un'altra in presenza di giustificate motivazioni cliniche,
- l'espressione semplificata del contenuto della nota mediante algoritmo, in particolare un diagramma di flusso, al fine di facilitarne l'interpretazione e l'applicabilità nella pratica clinica.



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

■ PATOLOGIA TROMBOTICA

Trattamento del tromboembolismo venoso con l'avvento dei NAO

L'avvento dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) ha rappresentato una svolta importante non solo per la prevenzione dell'ictus nel trattamento della fibrillazione atriale, ma anche, più recentemente, per il trattamento e la prevenzione delle recidive del tromboembolismo venoso (TEV): trombosi venosa profonda (TVP) ed embolia polmonare (EP).

Com'è noto, il TEV è una condizione potenzialmente grave: la mortalità a 30 giorni per episodi di TEV è del 6% circa nei pazienti con TVP e del 12% circa nei pazienti con EP; in questi ultimi la mortalità a 3 mesi può raggiungere il 17% (White, 2003; Goldhaber et al, 1999). L'incidenza di recidive rappresenta la problematica principale a lungo termine. Il tasso di recidiva dopo un primo episodio nei pazienti con TEV passa dal 7% circa dopo 6 mesi al 40% circa dopo 10 anni (Prandoni et al, 2007).

► Novità nel trattamento

Com'è noto, lo schema di trattamento abituale della TVP è costituito da eparina iniziale, seguita da terapia con warfarin o acenocumarolo per un periodo variabile da 3 mesi

fino a un tempo indefinito. I NAO hanno rappresentato una vera e propria novità perché, diversamente da warfarin, non necessitano del monitoraggio dell'INR e quindi possono essere assunti con maggiore maneggevolezza.

“Tra le opzioni disponibili - spiega **Claudio Cimminiello**, Direttore SC Medicina Generale dell'AO di Desio e Vimercate (MB) - dabigatran mostra dei punti di particolare interesse, perché permette di colmare sostanzialmente una lacuna nell'attuale armamentario terapeutico”.

I risultati degli studi clinici dimostrano infatti che dabigatran, nel trattamento e nella prevenzione delle recidive di TVP ed EP ha, rispetto al warfarin, un profilo di sicurezza migliore e un'efficacia sovrapponibile. Inoltre, si tratta di un anticoagulante che prevede la conservazione della fase iniziale di trattamento eparinico: non tutti i pazienti possono infatti essere trattati con un unico farmaco in accordo col cosiddetto *single drug approach*. “L'approccio con dabigatran - continua Cimminiello - rappresenta perciò una possibilità interessante per un numero di pazienti non trascurabile, per i quali si ritenga opportuno un periodo con eparina di 7-10 giorni.”

Dopo il trattamento iniziale eseguito con l'anticoagulante per via iniettiva, secondo la corrente pratica clinica, il trattamento con dabigatran può quindi essere iniziato con un regime a dose fissa, che non richiede né controlli laboratoristici né ospedalizzazione.

► Gli studi clinici

L'approvazione di dabigatran per questa indicazione si fonda sui risultati di tre importanti studi clinici, RE-COVER, RE-COVER II e RE-MEDY, che hanno dimostrato un'efficacia comparabile al warfarin nel trattamento e nella prevenzione delle recidive di TVP ed EP, a fronte di un minore tasso di sanguinamento (Schulman et al, 2009, 2013 e 2014).

Numerosi sono i dati di *real life* oggi disponibili che confermano il profilo di sicurezza ed efficacia di dabigatran nella pratica clinica quotidiana nell'ampia popolazione trattata per la prevenzione dell'ictus in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (Graham et al, 2015; Larsen et al, 2014; Southworth, 2014; Larsen et al, 2013).

Bibliografia disponibile a richiesta



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

■ TRAUMATOLOGIA

Sport, traumi e contratture: razionale d'uso dei miorilassanti

L' aumento del numero di persone che si dedicano ad attività sportive e la facilità con cui è possibile andare incontro a traumi di varia entità porta, come conseguenza riflessa, anche un aumento dell'incidenza di lesioni muscolo-tendinee. La maggior parte di queste lesioni è dovuta a sovraccarico funzionale, per carichi di lavoro troppo elevati o per il mancato rispetto di adeguati periodi di recupero. Il panorama di queste lesioni comprende crampi, stiramenti, strappi muscolari, patologie tendinee acute e croniche. Un esempio di contrattura muscolare è quello che invece si osserva in seguito a traumi indiretti sulla colonna vertebrale, come avviene nel "colpo di frusta" in caso di incidenti stradali. Si tratta di quadri clinici caratterizzati da una sintomatologia improntata al dolore muscolare. Ma il dolore muscolare può essere presente in numerose altre condizioni che riconoscono una diversità di cause davvero consistente, e che comprendono, per esempio, le miopatie infiammatorie, le contratture antalgiche, i crampi muscolari, le neuropatie periferiche, le malattie che si accompagnano a ipertono muscolare. In seguito a uno stimolo iniziale (per

esempio un trauma) all'interno del muscolo si verifica la liberazione di mediatori della flogosi che stimolano gli algocettori i quali, a loro volta, innescano una serie di reazioni a catena mediate dall'invio di stimoli eccitatori in direzione centrale e che si concludono con l'induzione della contrattura muscolare attraverso l'attivazione dei motoneuroni alfa. La contrattura muscolare conseguente a una sindrome miofasciale è invece sostenuta da un accorciamento dei sarcomeri in seguito a un'abnorme liberazione di calcio.

Nel soggetto normale l'esercizio fisico può determinare due tipi di dolore entrambi correlati alla contrazione muscolare: il primo è rappresentato dal dolore che compare durante l'esercizio fisico e scompare alla sua sospensione ed è mediato dalla riduzione del flusso vascolare, dall'accumulo di metaboliti e da fattori meccanici legati al movimento.

Il secondo tipo di dolore insorge a distanza di ore dalla contrazione muscolare ed è legato a modificazioni istologiche a carico delle fibre muscolari, assai simili a quelle che si evidenziano dopo che il muscolo ha subito un trauma e che sono mediate dalla liberazione di mediatori algogeni.

► Come affrontare questi quadri polimorfi?

Nelle condizioni in cui è presente, lo spasmo muscolare può aumentare la percezione dolorosa, innescando così un circolo vizioso che può anche incrementare l'attività del sistema neurovegetativo che, a sua volta, aumenta la sensibilità di nocicettori periferici. Quando il dolore non si correla a un processo infiammatorio ma a meccanismi come quelli che sono stati brevemente descritti, l'approccio terapeutico più razionale è quello che prevede anche la somministrazione di farmaci adiuvanti. Fra questi, i miorilassanti possono contribuire in maniera importante alla riduzione della sintomatologia dolorosa. I miorilassanti, infatti, possono contribuire a ridurre la tensione, sia in presenza che in assenza di un evidente spasmo muscolare, in ragione del loro meccanismo d'azione che può giustificare una diretta efficacia sulle vie del dolore.

Una recente revisione delle principali linee guida internazionali, prodotte negli ultimi anni con l'intento di razionalizzare e sistematizzare l'approccio terapeutico al problema, ha sintetizzato le indicazioni dei miorilassanti nelle condizioni acute e nelle condizioni croniche (*figura 1*).

Si è detto che i miorilassanti sono un gruppo eterogeneo di molecole in grado di rilassare le fibre muscolari scheletriche agendo con meccanismi diversi sul sistema nervoso centrale o su quello periferico, oppure a livello locale. Su quali criteri quindi si deve basare la scelta della molecola

Figura 1

Indicazioni terapeutiche dei miorilassanti

USO ACUTO							
Lombalgia Acuta	LGE	LGI	LGA	LGING	LGNZ	LGC	SINTESI
Antidolorifici	●	●	●	●	●	●	●
Miorilassanti	●	●	●	○	○	●	●
Antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici	○	○	●	●	●	●	●
USO CRONICO							
Lombalgia Cronica	LGE	LGI	LGA	LGING	LGNZ	LGC	SINTESI
Antidolorifici	●	●	●	●	○	●	●
Miorilassanti	●	●	●	○	○	●	●
Antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici	●	○	●	●	●	●	●

● Trattamento consigliato ● Trattamento sconsigliato ● Trattamento controverso ○ Trattamento non preso in considerazione

LGE: Linee guida europee 2006 del COST 13 Working Group; LGI: Percorsi Diagnostico Terapeutici per l'Assistenza ai pazienti con mal di schiena (linee guida italiane 2006); LGA: linea guida 2007 dell'American College of Physician e dell'American Pain Society; LGING: linee guida inglesi 2009 del National Health System; LGNZ: linee guida neozelandesi 2004; LGC: linee guida canadesi (TOP) 2009

Linee Guida SIOT. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia 2011; 37: 1-20

che maggiormente risponde ai criteri di razionalità, opportunità, efficacia e tollerabilità? È importante premettere che non sono disponibili dati di confronto che siano in grado di definire evidenze di superiorità di una molecola rispetto a un'altra. Il criterio fondamentale sul quale fondare la

scelta può essere svolto dal parametro di tollerabilità: alcuni miorilassanti di riconosciuta efficacia, quali baclofene, diazepam e tizanidina, sono gravati da importanti effetti indesiderati centrali che ne limitano l'impiego. Altrettanto importante è la verifica che la molecola scelta sia priva di effetti di interazioni farmacologiche, che non determini potenziali problemi di abuso, che sia in linea con le preferenze del paziente. Quelli appena delineati costituiscono i criteri di scelta che sono stati indicati dall'American Academy of Family Physicians nel 2008 (tabella 1). Eperisone cloridrato, molecola dotata di un meccanismo d'azione peculiare, sembra riassumere i criteri di scelta indicati. Disponibile in Italia dal 2009, è caratterizzato da un'attività miorilassante polivalente e da un fa-

vorevole profilo di tollerabilità. Il farmaco si è rivelato maneggevole per il trattamento delle condizioni nelle quali trova indicazione: spasticità, contrattura muscolare e dolore associato. Studi in aperto e controllati a breve e lungo termine hanno affermato l'efficacia miorilassante e la buona tollerabilità di eperisone alla dose di 150-300 mg/die per il trattamento delle patologie osteo-artro-muscolari e di 300 mg/die per il trattamento della spasticità. Quando confrontato con altri esponenti dell'armamentario terapeutico dei miorilassanti (quali baclofene, diazepam, tizanidina, tiocolchicoside) ha sempre confermato i suoi effetti antinocicetivi e la capacità di migliorare la mobilità articolare. Per condizioni cliniche quali la lombalgia, la cervicalgia, la dorsalgia e i traumi muscolari, le evidenze disponibili in letteratura sono sufficientemente ampie da confortare il clinico nel ricorso alla terapia miorilassante per favorire il ritorno del paziente alle sue abituali attività quotidiane, soprattutto di molecole che, come eperisone, hanno ampiamente dimostrato di possedere un favorevole profilo di tollerabilità.

Tabella 1

Criteri di scelta dei miorilassanti secondo l'American Academy of Family Physicians

- Profilo di sicurezza e tollerabilità
- Potenziale d'abuso
- Possibili interazioni farmacologiche
- Preferenze del paziente

Am Fam Phys 2008; 78: 365-370

Bibliografia

- Abbruzzese G, Giralda P. Fisiopatologia e semeiotica delle alterazioni del tono muscolare. *Neurol Sci* 2013; NS3: NS3-NS6
- Abbruzzese G, Giralda P. L'impiego dei miorilassanti nel trattamento farmacologico della spasticità e della contrattura muscolare. *Neurol Sci* 2013; NS3: NS7-NS13
- See S, Ginzburg R. Choosing a Skeletal Muscle Relaxant. *Am Fam Physician* 2008;78(3):365-370.
- Gruppo di lavoro Linee Guida SIOT. Linee guida sul mal di schiena. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 2011; 37: 1-20

Inquadramento clinico e terapeutico della malattia diverticolare

L'invecchiamento della popolazione e la contemporanea acquisizione di un regime alimentare a basso contenuto di fibre, tipico delle società industrializzate, hanno reso la diverticolosi un problema di crescenti dimensioni. Se non trattata può complicarsi in diverticolite e in altre condizioni acute o croniche che necessitano dell'approccio chirurgico

Marco Marino
Specialista in Chirurgia Generale e D'Urgenza
AO "Policlinico P. Giaccone",
Palermo

Si definisce diverticolo una estroflessione sacciforme della mucosa e della sottomucosa attraverso la muscolatura liscia circolare del colon in corrispondenza del punto in cui i vasa recta (preposti alla vascolarizzazione della mucosa colica) attraversano tale muscolatura per portarsi alla sottomucosa (figura 1). La prevalenza di tale condizione è aumentata negli ultimi anni, a seguito dell'acquisizione di un regime alimentare a basso contenuto in fibre tipico delle società industrializzate e al contemporaneo invecchiamento della popolazione. La diverticolosi, ovvero la semplice presenza di tali anomalie anatomiche, raggiunge una prevalenza del

20% nei Paesi occidentali con una incidenza che oscilla dal <10% nei soggetti sotto i 40 anni, fino al 60% negli ultra 70enni.

Tale condizione costituisce un problema di crescenti dimensioni sociali e se non trattata può complicarsi in diverticolite, ovvero una infiammazione e/o infezione a carico solitamente di un solo diverticolo localizzato nel sigma, che con una incidenza variabile dal 10% al 25% dei pazienti rappresenta la complicanza più comune.

Tuttavia essa rappresenta solo una delle possibili complicanze, distinguiamo infatti quelle acute:

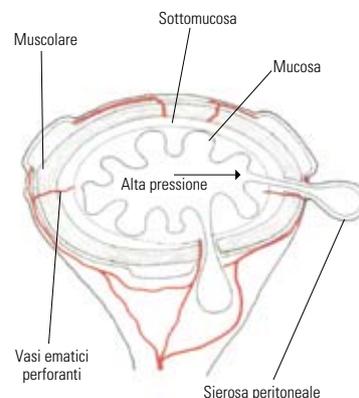
- diverticolite acuta,
 - perforazione,
 - ascessi,
 - sanguinamento diverticolare
- e le croniche, presenti in chi ha avuto pregressi episodi infiammatori:
- pseudotumore infiammatorio,
 - stenosi e/o occlusione,
 - fistole.

Alla base della diverticolite c'è la stasi di materiale fecale all'interno del diverticolo stesso che determina un'infiammazione cronica della mucosa, sebbene sia attualmente accettata l'ipotesi che essa sia il risultato di una micro-perforazione del diverticolo su base ischemica. Tale quadro evolve o verso:

1. una micro-perforazione che tamponata dalla reazione peritoneale determina un processo infiammatorio peridiverticolare e conseguente evoluzione verso l'ascesso pericolico prima e la stenosi poi;

Figura 1

Vicinanza tra diverticolo, situato tra tenie mesenterica e antimesenterica, e l'arteria perforante dei vasa recta



2. una macroperforazione con esiti in peritonite stercoracea diffusa se libera in peritoneo o un'estesa massa infiammatoria responsabile dell'insorgenza delle fistole con organi vicini quali vescica, vagina, tenue e cute.

La classificazione di Hinchey in 4 stadi ci fornisce un indice di gravità delle perforazioni diverticolari (tabella 1).

Presentazione del quadro clinico

Il quadro clinico della diverticolite comprende: dolore in fianco-fossa iliaca sinistra solitamente acuto e persistente esacerbato dai pasti e ridotto dall'emissione di gas e/o feci, febbre, aumento di VES e PCR, leucocitosi, alterazioni dell'alvo (stipsi/diarrea con stipsi ostinata in presenza di stenosi), stranguria, pollachiuria, nausea, vomito, talvolta emissione di sangue con le feci ed eventuale pneumaturia-fecaluria qualora fosse presente una fistola colo-vescicale. In alcuni casi si può osservare alla palpazione una tu-

Tabella 1

Classificazione* di Hinchey

Stadio 1	Ascesso paracolico
Stadio 2a	Ascesso a distanza (pelvico o retro peritoneale)
Stadio 2b	Ascesso complesso multiloculato (con o senza fistola)
Stadio 3	Peritonite purulenta
Stadio 4	Peritonite stercoracea

1 e 2 tipo: peritoniti localizzate

3 e 4 tipo: peritoniti generalizzate

* Classificazione in base alla gravità delle peritoniti da perforazione diverticolare.

mefazione teso-elastica dolente, generalmente in fossa iliaca sinistra, determinata dalla reazione flogistica peritoneale e omentale nel tentativo di circoscrivere il processo infiammatorio (tumore infiammatorio).

In presenza di perforazione, il quadro clinico muta enormemente con l'insorgenza di dolore acuto che si diffonde rapidamente su tutto l'addome, marcata distensione della cavità addominale, contrattura parietale con quadro da occlusione dinamica di tipo paralitico.

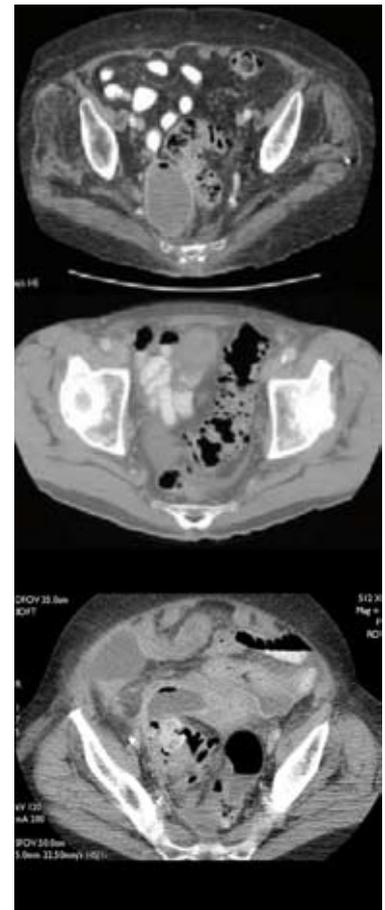
La sintomatologia poco specifica entra in diagnosi differenziale con numerose condizioni quali: morbo di Crohn, carcinoma colon-retto, colite ischemica, appendicite e colite pseudo-membranosa, tanto che nel 50% dei casi la diagnosi di diverticolite non è corretta.

Strumenti diagnostici

- Utili per la diagnosi saranno l'esame radiografico diretto dell'addome che va eseguito in prima istanza e può mostrare immagini aspecifiche di ileo paralitico o meccanico, ostruzioni del colon e l'Rx torace per il frequente riscontro di pneumoperitoneo.
- La TAC addome-pelvi con mdc risulta essere la metodica di scelta con una specificità del 75-100%, consente di valutare l'infiltrazione del grasso pericolico, la presenza di ascessi, tramite fistolosi e l'ispessimento parietale (figura 2).
- Dati simili sono del resto forniti dall'ecografia addominale che pur limitata dalle condizioni del paziente (spesso meteorico e dolente) rimane utile per fornire dati precisi sull'ispessimento parietale

Figura 2

Quadri di diverticolite con ascesso peri-diverticolare



e consente di individuare - ed eventualmente drenare - raccolte ascessuali oltre a escludere patologie ginecologiche come le gravidanze ectopiche, torsione di cisti ovariche che entrano in diagnosi differenziale con la diverticolite.

- Non è opportuno eseguire nella fase acuta il clisma opaco a doppio contrasto e la colonscopia per il reale rischio di trasformare una lesione infiammatoria circoscritta in perforazione libera determinando peritoniti chimiche severe ba-

Figura 3

Clisma opaco (A) e colonscopia (B) in paziente con diverticolosi colica



rio-indotte, la colonscopia trova grande utilità nel trattamento delle emorragie con intenti terapeutici (figura 3).

- L'urinocoltura, la pielografia e la cistoscopia si rendono utili per evidenziare o meno tramite fistolosi tra colon e apparato urinario.

Approccio terapeutico

In presenza di diverticolosi una dieta ad alto contenuto di fibre e liquidi (almeno 1.5 l/die), l'uso ciclico di fermenti lattici e la profilassi con antibiotici topici intestinali per almeno 5 gg/mese e probiotici per 10 gg/mese, rappresentano un approccio terapeutico più che valido. In caso di diverticolite è necessario:

- riposo a letto,
- dieta liquida o semiliquida,
- antibiotici per os a largo spettro d'azione contro enterococchi, anaerobi e Gram-negativi (metronidazolo, aminoglicosidi, cefalosporine di terza generazione) per almeno 7-10 giorni.

In caso di peggioramento della sintomatologia (febbre elevata ($T > 38.5$ C°, dolore addominale non responsi-

vo ai blandi analgesici, proctorragia massiva, segni di peritonismo e stato di prostrazione generale) è doveroso il ricovero ospedaliero impostando digiuno e terapia infusiva con seguente riequilibrio idro-elettrolitico e trattamento antibiotico ev per almeno 10 giorni, con l'indicazione a eseguire una colonscopia dopo la dimissione per escludere altre patologie a carico del tratto colico.

► Quadro clinico localizzato

Nei casi con un quadro localizzato (Hinchey 1 e 2) appare giustificato un trattamento inizialmente conservativo per almeno 48 ore e successiva rivalutazione clinico-strumentale. Se si verifica aumento dimensionale dell'ascesso si procede a drenaggio Etg-TC guidato, se non si verifica miglioramento clinico si esegue intervento di resezione rettocolica e ricanalizzazione in tempo unico spesso con approccio laparoscopico con una mortalità ridotta al 2-3%.

► Quadro clinico avanzato

Negli stadi più avanzati (Hinchey 3 e 4) la scelta ricade sull'intervento

chirurgico che consiste di norma nella resezione secondo Hartmann (figura 4): ovvero resezione, colostomia terminale e chiusura del moncone rettale. Tale intervento, gravato da complicanze superiori al 15%, consiste nella creazione di una colostomia mal accettata da pazienti e che risulta definitiva nel 25% dei casi.

In base alle condizioni cliniche del paziente si può inoltre optare o per una semplice colostomia sull'ansa sigmoidea con successiva resezione ed escissione della colostomia se il paziente è in gravi condizioni generali, oppure si procede a resezione rettocolica in tempo unico con confezionamento di ileostomia temporanea di protezione.

Le indicazioni per la chirurgia d'elezione, attuabile in circa il 20% delle diverticoliti complicate, sono:

- pazienti con almeno due episodi acuti regrediti con terapia medica;
- pazienti giovani e/o immunodepressi e/o con patologie connettivali con un solo episodio acuto, ma complicato, tale da richiedere il ricovero.

Nel 30% dei casi invece, l'episodio è così severo che il paziente necessita di un intervento chirurgico ur-

Figura 4

Intervento di Hartmann



gente, con tassi di mortalità talvolta elevati (18%) che giungono fino al 35% qualora sia presente una peritonite massiva.

Oltre all'approccio chirurgico, i trattamenti conservativi svolgono un ruolo altrettanto importante: dal drenaggio di raccolte ascessuali, alle dilatazioni endoscopiche di stenosi coliche, e infine al trattamento angiografico mediante embolizzazione o endoscopico con iniezioni di adrenalina in presenza di emorragia.

► Altre indicazioni alla chirurgia

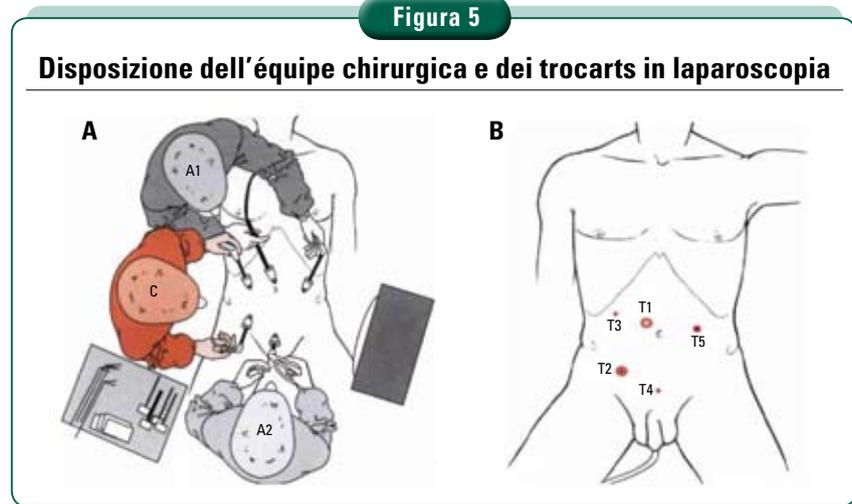
Altre indicazioni alla chirurgia per malattia diverticolare sono:

- un episodio di grave complicazione (perforazione, occlusione, fistola),
- impossibilità a porre una diagnosi differenziale con il cancro del colon,
- presenza di fistole, ascessi, stenosi serrate, continui episodi di sanguinamento diverticolare.

Fondamentalmente tre sono le procedure realizzate:

1. intervento in tre tempi: colostomia e drenaggio → resezione-anastomosi → chiusura della colostomia,
2. intervento in due tempi: resezione, colostomia terminale e chiusura del moncone rettale (intervento di Hartmann) → chiusura della colostomia con eventuale ricanalizzazione,
3. intervento in tempo unico: resezione e anastomosi colo-rettale senza colostomia.

La ricostruzione della continuità intestinale viene praticata, in genere dopo sei o più settimane rimuovendo la colostomia e confezionando un'anastomosi tra colon e moncone rettale.



Recidive

Va ricordato che circa il 50% degli episodi di diverticolite acuta tendono a recidivare, soprattutto nei primi 5 anni, e questi ultimi tendono a essere meno responsivi alla terapia medica rispetto al primo episodio. Se in presenza di episodi ricorrenti lievi un trattamento medico conservativo è una scelta condivisibile, qualora gli episodi siano di entità moderata-severa, è opportuno come detto un trattamento elettivo di resezione del tratto colico.

Tuttavia l'intervento chirurgico non sempre consente di porre fine agli episodi diverticolitici, il 10% degli operati presenta episodi ricorrenti che spesso obbligano loro a sottoporsi a un reintervento.

In presenza di sanguinamento diverticolare (5% delle diverticoliti acute), la chirurgia interviene allorché gli altri approcci (endoscopico, medico, angiografico) si sono rivelati fallimentari eseguendo la resezione segmentaria del tratto responsabile del sanguinamento.

In genere l'intervento trova indicazione allorché:

- è necessario trasfondere 1500-

2000 ml di sangue per ripristinare un equilibrio dinamico,

- il sanguinamento persiste per più di 72 ore,
- una nuova emorragia si presenta a breve distanza (7-10 giorni) dalla cessazione di un episodio precedente, ricordando che la percentuale di un nuovo sanguinamento è superiore al 50%.

Approccio laparoscopico

Una citazione doverosa deve essere riservata all'approccio laparoscopico, che consente una riduzione della morbilità post-operatoria e della degenza attraverso l'inserimento di un'ottica e di strumenti chirurgici in cavo addominale attraverso minincisioni; tale metodica è applicabile come tecnica d'elezione per gli stadi 1 e 2 di Hinchey; consente nello stadio 3 il lavaggio e drenaggio senza resezione colica in caso di perforazione diverticolare, ottenendo tassi di mortalità inferiori rispetto alla procedura di Hartmann (figura 5).

Bibliografia disponibile a richiesta

Gestione integrata del piede diabetico

Un percorso integrato e multidisciplinare ospedale-territorio per il piede diabetico, quale quello in funzione nel distretto di Reggio Emilia, assicura sia la completa presa in carico dei pazienti sia l'appropriatezza delle prestazioni oltre che la continuità assistenziale

Valeria Manicardi, Rosa Trianni*

*Direttore UO Medicina Interna, Ospedale di Montecchio, *Diabetologia Distretto di Reggio Emilia - AUSL Reggio Emilia*

Tra le complicanze croniche della malattia diabetica il "piede diabetico", comporta costi elevati sia in termini assistenziali che di qualità di vita e di autonomia dei pazienti. Si parla di piede diabetico quando neuropatia e arteriopatia degli arti inferiori compromettono la funzione o la struttura del piede: può così essere alterata la sensibilità, l'appoggio plantare, possono essere favorite le lesioni e attraverso di esse le infezioni che possono interessare cute, sottocute, tessuti molli, ossa e articolazioni e portare ad amputazioni minori o maggiori.

Le lesioni del piede possono essere di tipo neuropatico, ischemico, o più frequentemente miste: è indispensabile una diagnosi eziologica precoce e corretta per potere attuare un trattamento adeguato che porti a guarigione. All'interno di un servizio diabetologico è necessario che sia presente un percorso dedicato multidisciplinare e multiprofessionale per le lesioni del piede diabetico - in cui il diabetologo è il care manager - che preveda prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle lesioni.

► Realtà territoriale e PDTA

Il Servizio di Diabetologia di Reggio Emilia è territoriale (SDT), inserito

nel Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda USL di Reggio Emilia, gestisce 8.300 diabetici che hanno l'ospedale di riferimento nell'AO Santa Maria Nuova della città. Per affrontare con appropriatezza le lesioni del piede diabetico è stato costruito un PDTA (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale) che coinvolge professionisti di entrambe le Aziende Sanitarie:

- il servizio di diabetologia territoriale (SDT),
- il servizio infermieristico territoriale (SIT),
- il podologo,
- il team diabetologico ospedaliero (TDO).

Il Servizio di Diabetologia ha un ruolo fondamentale già dalla prevenzione di tale complicanza: l'identificazione dei fattori di rischio mediante lo screening consente di diagnosticare l'eventuale presenza di neuropatia e/o arteriopatia diabetica, anche in assenza di lesioni, e di mettere in atto, con diabetologo, ortopedico, Mmg, misure preventive, curative e diagnostico-terapeutiche.

La presenza del podologo all'interno dei servizi consente l'effettuazione dello screening nei soggetti a rischio in modo sistematico e strutturato e il trattamento di lesioni iniziali del piede, sotto la supervisione del medico esperto, e in

stretta collaborazione con il personale infermieristico.

Condizione essenziale per affrontare questa grave complicanza cronica in modo adeguato è che l'attività dell'ambulatorio del piede diabetico sia gestita in team, con il diabetologo, il podologo, l'infermiere ed eventualmente l'ortopedico, in modo integrato e sinergico, all'interno dei Servizi di Diabetologia.

Il servizio di diabetologia territoriale si è perciò attivato su diversi livelli:

- attività di screening su popolazioni a rischio e nuove diagnosi,
- attività di educazione di gruppo specifica per questa complicanza,
- ambulatorio dedicato alle lesioni del piede diabetico,
- fascia oraria per le urgenze quotidiane.

In presenza di un'ulcera in atto, al servizio di diabetologia territoriale viene valutata la lesione acuta, eseguita la medicazione e il debridement, ottimizzato il compenso e iniziata una terapia antibiotica. I pazienti vengono poi affidati agli infermieri del SIT, che proseguono le medicazioni fino alla guarigione. In caso di piede infetto o di situazioni critiche che richiedono terapia antibiotica ev o un approccio chirurgico alla lesione, il servizio territoriale invia in urgenza il paziente direttamente al team diabetologico

ospedaliero, che ha posti letto dedicati e riceve le urgenze con accesso diretto.

Risolta la fase acuta, il paziente viene riaffidato al servizio di diabetologia e infermieristico territoriali, riducendo così i tempi di degenza. A seguito della guarigione della lesione viene programmato un controllo podologico a distanza di circa tre mesi.

Il PDTA è stato approvato da entrambe le Aziende Sanitarie ed è attivo da oltre un anno.

► Risultati

Nel 2014 sono stati presi in carico per piede diabetico 220 pazienti inviati dal medico di medicina generale o dai diabetologi del SDT. Di questi pazienti il 62.7% (n. 137) presentava ulcere in atto e sono stati presi in carico nell'ambulatorio delle lesioni del piede, mentre i restanti hanno afferto all'ambulatorio podologico (screening, ortesi, plantari). Dei 137 pazienti con ulcera in atto 32 avevano già avuto una am-

putazione minore in passato e 4 una maggiore.

Caratteristiche cliniche dei pazienti

- 29 pazienti presentavano un piede ischemico,
- 52 pazienti presentavano un piede neuropatico,
- 46 presentavano un piede neuro-ischemico.

Il compenso metabolico era discreto (HbA1c 7.4 +/-1.3%). Le medicazioni effettuate da parte del SDT sono state 465 e le restanti sono state assegnate al SIT fino a guarigione. 21 pazienti (15.3%) sono stati inviati in urgenza al TDO per lesioni complesse: 1 ha subito una amputazione minore, nessuno amputazioni maggiori.

► Indicatori del PDTA

Per il primo anno si sono raccolti una serie di dati (di attività, di processo, di esito).

Dati di attività

- Numero di pazienti afferiti all'ambulatorio del piede di primo livello: 220;

- numero pazienti inviati all'ambulatorio di secondo livello (AO): 21 (15.3%);
- numero medicazioni effettuate ai pazienti che accedono all'ambulatorio del piede presso il servizio di diabetologia territoriale: 465.

Dati di processo

- Numero di pazienti "screenati" per piede a rischio: 498.

Dati di esito

- Numero di pazienti sottoposti ad amputazioni maggiori e minori/ numero totale pazienti che afferiscono all'ambulatorio di primo livello:
 - 1/137 amputazione minore,
 - 0/137 amputazione maggiore.

► Conclusioni

Un percorso integrato ospedale-territorio per il piede diabetico permette la presa in carico dei pazienti dalla prevenzione alla guarigione delle lesioni. Inoltre assicura l'appropriatezza delle prestazioni e la continuità assistenziale ospedale-territorio anche tra aziende sanitarie diverse.

In sintesi

Percorso decisionale per le lesioni del piede diabetico

Quali pazienti inviare all'ambulatorio del piede diabetico di 1° livello

- Pazienti con ulcere neuropatiche, ischemiche o neuro-ischemiche
- Pazienti con recidiva di ulcera diabetica

Quali pazienti inviare all'ambulatorio delle medicazioni del territorio

- Pazienti valutati dal diabetologo presso l'ambulatorio del piede, che richiedono medicazioni periodiche

Quali pazienti inviare all'ambulatorio del piede diabetico di 2° livello (Azienda Ospedaliera)

- Pazienti con lesioni gravi con evidenti segni di infezione dei tessuti molli, esposizioni ossee, segni di gangrena ecc., devono accedere con richiesta urgente del Ssn direttamente all'Azienda Ospedaliera (possibilmente previo contatto telefonico)

Hanno collaborato:

- Rossella Ceci, Marcello Corzani, Domenica Gazzotti, Gloria Mercati, Elisa Manicardi, Sara Pingani, Paola Romani, Prisco Sbordone - Servizio di Diabetologia, AUSL di Reggio Emilia, Reggio Emilia
- Marco Ganassi, Enrica Manicardi - SOS Diabetologia, AO Santa Maria Nuova, Reggio Emilia
- Marina Greci, Sonia Romani - Cure Primarie, AUSL di Reggio Emilia, Reggio Emilia



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

Colite microscopica linfocitaria e collagenosica

La colite microscopica è una causa non infrequente di diarrea cronica e attualmente la patogenesi non è ancora certa, anche se è probabile che entrino in gioco meccanismi biologici di natura autoimmune. La diagnosi differenziale dovrà comunque tenere conto delle altre cause più comuni di diarrea cronica

Nicola di Pierno

Medicina Generale - Specialista in Patologica clinica - ASL FG, Lucera

Non è infrequente che il medico di medicina generale, primo consulente delle cure primarie per l'utenza territoriale, oltreché il gastroenterologo, siano coinvolti nella diagnosi e nella gestione di casi di diarrea cronica, per definizione una diarrea che persiste oltre le quattro settimane.

In questi casi è fondamentale sia l'anamnesi che l'esame obiettivo, valutando anche il carattere chimico delle feci, per cui si definiscono forme di diarrea cronica acquosa, grassa, infiammatoria o essudativa (sangue anche occulto nelle feci, leucociti). Dirimenti per la diagnosi saranno anche le indagini microbiologiche, parassitologiche e di altro genere, immunochimiche.

La colite microscopica è una causa non infrequente (10% dei casi) di diarrea cronica. Le cause della malattia non sono ancora ben chiare, ma è molto probabile che siano in gioco meccanismi biologici di natura autoimmune. La diagnosi differenziale dovrà tenere conto delle altre cause più comuni di diarrea cronica.

► Patogenesi

Malattia infiammatoria cronica del colon ad andamento benigno, la colite microscopica si manifesta con diarrea cronica, contraddistinta dall'assenza di alterazioni macroscopiche del colon valutabili con l'esame radiologico convenzionale e con l'endoscopia. In tal modo si differenzia da altre patologie intestinali croniche come il morbo di Crohn e la rettocolite ulcerosa (RCU). La sua scoperta è datata 1976 e attualmente non è ancora chiara la patogenesi, sebbene si ipotizzi che questa sia il risultato di infezioni batteriche o virali che danno inizio a reazioni immunobiologiche, che portano poi in via terminale a un danno di natura autoimmune della mucosa del colon.

A conferma dell'ipotesi autoimmune sono i reperti istologici e l'associazione con altre patologie autoimmuni come morbo celiaco, tireopatie autoimmuni, artrite reumatoide, ecc. L'esame istologico della mucosa previa biopsia del colon rivela la presenza di due forme distinte:

- colite linfocitaria, che deve essere ritenuta il primo stadio della malattia, caratterizzata da un infiltrato di linfociti nella lamina propria;
- colite collagenosica, che rappresenta lo stadio seguente conclusivo, caratterizzata da uno strato di collagene sottoepiteliale di spessore superiore ai 10 mm.

I dati epidemiologici indicano una frequenza di casi nella popolazione pari a 19/100.000 soggetti. L'età prediletta è quella senile (60-80 anni), anche se sono stati osservati casi in età inferiore ai 60 anni e in età pediatrica.

La colite microscopica è diffusa in egual misura in entrambi i sessi, mentre la colite collagenosica è più diffusa nel sesso femminile rispetto ai maschi.

In tema di patogenesi è stato anche osservato come la colite microscopica possa essere causata da una serie di farmaci di sperimentata efficacia e il meccanismo con cui i farmaci in questione danno luogo alla colite è verosimilmente quella di una reazione autoimmune.

► **Clinica**

Le manifestazioni cliniche come pure l'evoluzione della malattia risultano variabili. Nella gran parte dei casi è presente una diarrea moderata/grave (possibili fino a 20 scariche/die). Si tratta di una diarrea acquosa notturna di tipo secretorio ad andamento cronico, quindi di durata superiore alle 4 settimane.

Tale tipo di diarrea è caratterizzata da perdita eccessiva di acqua e di elettroliti con le feci (in particolare sodio, magnesio, potassio, fosfato, solfato). Alle scariche di diarrea acquosa si possono associare dolori addominali di tipo crampiforme, lieve perdita di peso; la disidratazione da diarrea grave è rara. Sono descritti casi lievi con senso di gonfiore addominale e possono essere presenti disturbi extraintestinali, per esempio artriti come per altre malattie croniche intestinali. In una percentuale discreta di casi (circa 5-20%) la malattia regredisce in modo spontaneo.

È stato dimostrato che i soggetti con colite microscopica hanno una maggiore probabilità di associare il morbo celiaco rispetto ai soggetti di controllo. Il sospetto clinico in tali casi è forte quando eliminato il glutine dalla dieta persista la diarrea.

► **Diagnosi**

Oltre all'anamnesi e all'esame clinico, importante è valutare il numero di scariche diarroiche e il carattere delle feci (acquose), come pure il persistere della diarrea anche con il digiuno.

In seconda istanza saranno diretti la colonscopia associata alla biopsia e all'esame istologico del materiale ottenuto da biopsia; per tale fine molto utile si è rivelata la

sigmoidoscopia flessibile, che oltre a visualizzare il sigma consente anche di eseguire biopsie mirate con relativi campionamenti utili per l'esame istologico.

Per quanto riguarda l'esame delle feci si tratta di una diarrea cronica acquosa di tipo secretorio da distinguere da altre forme di diarrea acquosa come quella osmotica e funzionale che è dovuta ad agenti diversi. In tal senso la diarrea cronica acquosa è per definizione una diarrea notturna non associata all'introduzione di cibo, con gap osmotico fecale <50 mOsm/kg, la diarrea acquosa osmotica invece è contraddistinta da un gap osmotico fecale >125 mOsm/kg.

Premesso che la normale osmolarità fecale è di 290 mOsm/kg (290mmo/L) il calcolo del gap osmotico fecale consente di distinguere una diarrea cronica acquosa secretoria da una diarrea acquosa cronica osmotica (da intolleranza al lattosio, fruttosio, da malattia celiaca, ecc).

A sua volta il gap-anionico fecale è così calcolabile: 290-2x (sodio fecale + potassio fecale).

Valori normali di sodio fecale sono compresi tra 0.5- 5 mEq/24 h, valori normali per il potassio sono di 5-15 mEq/24 h. L'eliminazione fecale Na⁺ può arrivare fino a 60 mEq/24 h nelle gravi forme di diarrea, allo stesso valore l'eliminazione del K⁺ nelle diarree gravi.

Non sono presenti sangue o leucociti nelle feci e spesso come segno di infezione si osserva un aumento della VES o degli ANA.

La diagnostica differenziale è vasta e complessa per cui si rimanda a specifici lavori. È utile tendere conto di altre frequenti cause di diarrea cronica, come la diarrea cronica da intolleranza al lattosio e al fruttosio, la diarrea cronica da abuso di alcol, da morbo celiaco, da colon irritabile.

Altre cause di diarrea cronica sono quelle da colite ischemica, da gastroenteriti batteriche, virali, da amebiasi, da infezioni da Clostridium difficile che seguono la terapia antibiotica, da tumori neuroendocrini (gastrinomi, vipomi, mastocitosi, tumori carcinoidi), da enterotossine batteriche, da farmaci (tabella 1). Infine da giardiasi (malassorbimento), da amiloidosi, da

Tabella 1

Farmaci associati a diarrea

- | | |
|--|---|
| • Acarbiosio | • Digitale |
| • Antiacidi e lassativi contenenti magnesio | • Fosfati |
| • Antibiotici (amoxicillina/ acido clavulanico, macrolidi, aminoglicosidi, cefalosporine, fluorochinoloni, clindamicina) | • Fans |
| • Antineoplastici | • Immunosoppressori |
| • Biguanidi | • Lassativi stimolanti |
| • Calcitonina | • Metoclopramide |
| • Colchicina | • Orlistat |
| • Citrati | • Ormoni tiroidei |
| | • Prostaglandine |
| | • Ticlopidina |
| | • Zuccheri (mannitolo, xilitolo, sorbitolo) |

carcinomi e linfomi del colon, diverticoliti, da infezioni virali ulceranti l'intestino, come quelle da Citomegalovirus ed herpes simplex, da TBC intestinale, da yersiniosi.

► **Trattamento**

La terapia della colite microscopica fa riferimento a studi settoriali di farmacologia clinica di tipo prospettico, mentre pochi sono gli studi randomizzati verso placebo. È molto utile ai fini della pratica clinica descrivere la terapia secondo step progressivi, a loro volta definiti dalla risposta ai farmaci oppure da una loro resistenza o sopraggiunta perdita di efficacia.

Primo step

Il primo approccio è quello dell'individuazione e della conseguente eliminazione di farmaci favorenti la patologia.

Qualora, dopo l'eventuale eliminazione di tali composti, la sintomatologia persiste sarà opportuno somministrare farmaci antidiarroidici e tra questi di scelta è loperamide. Si tratta di un farmaco ben tollerato che, sebbene attivo in una larga

percentuale di soggetti, in un certo numero di casi non risulta efficace, inoltre è stato osservato come nel tempo perda la sua efficacia. È ammessa anche la possibilità di utilizzo di un secondo antidiarroidico come l'atropina-difenossilato.

Secondo step

Il secondo step coinvolge soggetti non risponder a loperamide oppure che non rispondono più al farmaco e prevede la somministrazione di subsalicilato di bismuto, farmaco ben tollerato e poco costoso, in grado di indurre in circa il 50% dei soggetti un netto miglioramento dei sintomi nell'arco di 8 settimane.

Terzo step

Il terzo giardino è basato sulla terapia con cortisonici e coinvolge soggetti in cui né gli antidiarroidici né il subsalicilato di bismuto si sono rivelati efficaci oppure qualora tali farmaci abbiano determinato effetti collaterali. Si tratta di una terapia molto efficace, i cortisonici usati sono prednisone, prednisolone, budesonide. Uno schema tipo è quello della somministrazione del prednisolone: la dose iniziale è 50 mg/die per due settime-

ne, seguita da dosi a scalare nell'arco di 3-4 mesi. Un cortisonico particolarmente interessante ed efficace utilizzato nelle MICI è il budesonide, somministrato inizialmente alla dose di 9 mg/die per 8 settimane. I casi che non rispondono vanno avviati a un secondo ciclo di terapia per altre 8 settimane.

Quarto step

In soggetti refrattari ai cortisonici è previsto l'utilizzo di farmaci immunosoppressori, tra cui azatioprina e 6-mercaptopurina.

Uno studio retrospettivo condotto su 9 donne colpite da colite microscopica refrattaria ai cortisonici e trattate con azatioprina e mercaptopurina ha dimostrato l'utilità degli immunosoppressori con graduale eliminazione dei cortisonici. Altri composti che si sono rivelati utili sono l'octreotide, in grado di ridurre la diarrea secretoria e il verapamil per l'effetto riducente la motilità intestinale e conseguente maggiore assorbimento di acqua nel colon. Infine se la terapia medica non produce gli esiti sperati si pone l'opzione chirurgica (ileostomia o colectomia) per la risoluzione dei sintomi.

Bibliografia

- Levison DA et al. Microscopic colitis case revisited. *Gastroenterology* 1993; 105 (5): 1594-1596.
- Protic M et al. Mechanism of diarrhea in microscopic colitis. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 5535.
- Abdo AA et al. Lymphocytic and collagenous colitis. The emerging entity of microscopic colitis. An update on pathophysiology, diagnosis and management. *Can J Gastroenterol* 2003, 17: 425.
- Tagkalidis P et al. Microscopic colitis. *J Gastroenterol Hepatol* 2002, 17: 236.
- Fernandez-Banares F et al. Collagenous and lymphocytic colitis: evaluation of clinical and histological features, response to treatment, and long-term follow-up. *Am J Gastroenterol* 2003, 98: 340.
- Barta Z et al. Microscopic colitis: a retrospective study of clinical presentations in 53 patients. *World J Gastroenterol* 2005, 11: 1351.
- Bohr J et al. Collagenous colitis in a retrospective study of clinical presentation and treatment in 163 patients. *Gut* 1996; 39: 846.
- Fine K et al. Randomized, double-blind, placebo controlled trial of bismuth subsalicylate for microscopic colitis. *Gastroenterology* 1999; 116: A 880.
- Munck LK et al. Incomplete remission with short-term prednisolone treatment in collagenous colitis: a randomized study. *Scand J Gastroenterol* 2003, 38: 606.
- Miehke S et al. Budesonide treatment of collagenous colitis: a randomized, double-blind, placebo controlled, multicenter trial. *Gastroenterology* 2002; 123: 978.
- Pardi DS et al. Treatment of refractory microscopic colitis with azathioprine and 6-mercaptopurine. *Gastroenterology* 2001; 120: 1483.
- Olsen M et al. Lymphocytic colitis: retrospective clinical study of 199 Swedish patients. *Gut* 2004; 53: 536.
- Yung DE et al. Microscopic colitis: a misnomer for a clearly defined entity? *Endoscopy*. 2015 May 11. [Epub ahead of print]
- Bouma G, Münch A. Microscopic colitis. *Dig Dis*. 2015;33(2):208-14.
- Bohr J, et al. Diagnosis and management of microscopic colitis: current perspectives. *Clin Exp Gastroenterol*. 2014 Aug 21;7:273-84.

Nefroma cistico e ruolo dell'ecografia in MG

Questo caso clinico è emblematico di quanto possa diventare importante l'utilizzo dell'ecografia nello studio del Mmg, in quanto permette di indirizzare il paziente verso un più appropriato percorso diagnostico-terapeutico

Manuela Ceglie - Medico in formazione in Medicina Generale, Bari
Francesco Savina - Tutor di formazione in Medicina Generale, ASL Bari

Negli ultimi anni, in Italia, la medicina territoriale ha subito diverse trasformazioni in quanto sta diventando sempre di più punto di riferimento per i cittadini. Infatti un numero sempre maggiore di medici di famiglia sta attrezzando il proprio studio di apparecchiature elettroniche, come l'ecografo, che si sono dimostrate preziose in quanto:

- garantiscono un adeguato inquadramento clinico del paziente e permettono al medico di fare scelte diagnostiche e terapeutiche più appropriate;
- accorciano il percorso medico-diagnostico consentendo al paziente di essere indirizzato e seguito nella maniera più opportuna.

Caso clinico

Un uomo di 28 anni si presenta presso il Centro Polifunzionale Territoriale del San Paolo di Bari lamentando un dolore all'ipocondrio destro insorto da diverse ore.

L'anamnesi patologica familiare e remota sono mute, non risulta alcuna terapia farmacologica in atto, né ematuria o episodi infettivi delle vie urinarie recenti o pregresse.

- **Esame obiettivo.** Il paziente mostra un addome piano, trattabile su tutto l'ambito, ma risulta forte-

mente positivo alla manovra del Giordano. Questo riscontro fa presupporre che il paziente possa avere una colica renale in corso, per cui viene sottoposto a ecografia in loco per confermare la diagnosi.

- **Esame ecografico.** Il rene destro non mostra la presenza di alcuna formazione iperecogena, né tantomeno segni di idronefrosi, bensì presenza di numerose cisti che interessano la totalità del parenchima renale destro con sovertimento completo della normale anatomia dell'organo.
- **Esami ematochimici.** Gli esami ematochimici mostrano una conservata funzionalità renale (azotemia 42 mg/dl, creatinina 1 mg/dl). Successivamente vengono eseguite ulteriori indagini strumentali.
- **TAC addome-pelvi.** La successiva TAC addome-pelvi evidenzia un aumento del terzo medio e superiore del rene destro dovuto alla presenza di una formazione cistica plurisepimentata, con distorsione delle cavità caliceali.
- **Scintigrafia renale sequenziale.** L'indagine dimostra una funzionalità parenchimale complessivamente conservata, ma asimmetricamente ripartita per esclusione funzionale del terzo superiore del rene destro attribuibile a com-

pressione ab estrinseco della neof ormazione cistica. In ultimo viene effettuata una biopsia renale.

- **Esame istologico.** Si conferma la presenza di tessuto fibroso con aree cistiche a rivestimento epiteliale cistico e contenuto proteinaceo.

Diagnosi e follow-up

Tutte le indagini condotte hanno portato alla diagnosi di nefroma cistico, ovvero di un tumore benigno bifasico (composto cioè sia da elementi epiteliali che stromali) che molto raramente può degenerare in sarcoma o carcinoma renale.

Viene previsto un controllo ecografico con cadenza semestrale e routine nefrologica.

Commento

Il caso clinico descritto è emblematico di quanto possa diventare importante l'utilizzo dell'ecografia in prima istanza nello studio del medico di medicina generale. Difatti questo esame ha permesso, se non di formulare una diagnosi di certezza, quantomeno di indirizzare il paziente verso un percorso diagnostico-terapeutico più appropriato, evitando spreco di tempo e di risorse e bypassando le innaturali liste di attesa.

Iperensione arteriosa, danno cerebrovascolare e deficit cognitivo

Alcune evidenze suggeriscono un possibile ruolo dell'ipertensione arteriosa come fattore di rischio di declino cognitivo e di demenza. Ridurre efficacemente la pressione arteriosa potrebbe quindi avere dei risvolti positivi anche su questo aspetto. Gli studi finora realizzati per verificare questa ipotesi non hanno fornito risultati univoci, ma il ricorso a calcio-antagonisti sembra offrire benefici in questo senso

Andrea Ungar

Cardiologia e Medicina Geriatrica - AOU Careggi e Università degli Studi di Firenze

L'ipertensione arteriosa (IA) è ad oggi uno dei più rilevanti problemi in ambito socio-sanitario, in considerazione della sua elevata prevalenza nella popolazione, per l'elevato peso in termini di perdita di salute e per le complicanze che la sua presenza comporta negli anni, particolarmente se non trattata in modo adeguato.

In tale ottica risulta essere di particolare interesse l'associazione tra IA e avanzare dell'età. L'invecchiamento della popolazione si associa infatti a un sostanziale incremento della prevalenza di questa condizione. Un report del 2005 del Framingham Heart Study mostra una prevalenza di ipertensione del 27% nei soggetti con età <60 anni, del 63% in soggetti tra i 60 e i 79 anni e del 74% in soggetti ultraottantenni¹.

D'altra parte, il progressivo incremento dell'aspettativa di vita fa sì che la presenza di IA fin dall'età adulta abbia più tempo per causare, negli anni, la comparsa di complicanze. Tali dati nell'insieme rendono importante l'adozione di un'ottica di prevenzione finalizzata all'in-

vecchiamento sano, che preveda le migliori strategie di controllo dell'IA nelle diverse età della vita.

► Demenza e ipertensione arteriosa nell'anziano

La demenza risulta essere una delle patologie più comuni nella popolazione geriatrica e un'importante causa di disabilità e mortalità². Recenti dati mostrano come essa colpisca tra il 5 e il 7% della popolazione mondiale al di sopra dei 60 anni e il 25% degli ultraottantacinquenni³. In assenza tuttora di terapie in grado di prevenire o modificare la storia naturale delle principali forme di demenza, assume una rilevante importanza l'identificazione dei fattori che ne aumentano il rischio e possono influenzarne la prognosi, al fine di limitare il peso di questa condizione sui pazienti e sui sistemi sanitari di tutto il mondo. Esistono in questo senso evidenze crescenti sul possibile ruolo dell'IA come fattore di rischio di declino cognitivo e di demenza, non solo su base vascolare ma an-

che di tipo degenerativo, in particolare la malattia di Alzheimer⁴.

Nel 2000, il 26.4% della popolazione adulta mondiale era affetta da ipertensione arteriosa. Si prevede che nel 2025 tale cifra aumenterà fino al 29.2%, interessando circa 1.5 miliardi di persone⁵.

La forma più frequente d'ipertensione arteriosa nell'anziano è l'ipertensione sistolica isolata caratterizzata da pressione arteriosa sistolica (PAS) ≥ 140 mmHg e pressione arteriosa diastolica (PAD) ≤ 90 mmHg: infatti, mentre la PAD aumenta in media fino alla quinta decade e poi tende a ridursi, la PAS e, quindi, la pressione differenziale aumentano progressivamente con l'età in relazione a cambiamenti strutturali e funzionali dell'albero arterioso⁶.

► Trattamento antipertensivo nell'anziano

Numerosi studi randomizzati forniscono evidenze inequivocabili sul fatto che il trattamento antipertensivo sia in grado di ridurre il rischio e le complicanze cardiovascolari in sog-

getti ipertesi entro un ampio range di età. Gli obiettivi e i benefici del trattamento antipertensivo nell'anziano sono stati ampiamente dimostrati in vari trial clinici. In particolare lo studio SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) e il trial Syst-Eur (Systolic hypertension in Europe) hanno dimostrato che il trattamento dell'ipertensione sistolica isolata in pazienti geriatrici è in grado di ridurre in maniera consistente il tasso di morte improvvisa, scompenso cardiaco e stroke^{7,8}.

► Antipertensivi e riduzione del rischio di demenza

Diversi trial sono stati condotti con l'obiettivo di valutare l'effetto del trattamento antipertensivo sullo sviluppo di decadimento cognitivo e demenza.

Tre studi randomizzati (SHEP 1991, Syst-Eur 1997 e SCOPE 2003) hanno arruolato anziani ipertesi senza storia di stroke o TIA. L'estensione in aperto dello studio Syst-Eur 1997 ha mostrato un beneficio della terapia antipertensiva nella prevenzione della demenza, ma né SHEP 1991, né SCOPE 2003 hanno confermato tale associazione. Lo studio SHEP⁹, con diuretico (clortalidone) e/o beta-bloccante (atenololo) in soggetti ipertesi di età ≥ 60 anni, aveva mostrato che dopo 5 anni di follow-up l'incidenza di demenza non era significativamente diversa rispetto al gruppo di controllo.

Vi sono in Letteratura alcune evidenze circa l'efficacia della terapia con calcio-antagonisti diidropiridinici nell'anziano. Nelle linee guida ESC/ESH infatti, il calcio-antagonista diidropiridinico è previsto specificamente per la terapia dell'ipertensione sistolica isolata dell'anziano¹⁰.

Nello studio Syst-Eur sono stati ar-

ruolati soggetti non dementi con età ≥ 60 anni affetti da ipertensione sistolica isolata (PAS compresa tra 160 e 219 mmHg e PAD < 95 mmHg). Sono stati comparati gli effetti ottenuti con terapia con calcio-antagonista (nitrendipina), eventualmente associato ad ACE-inibitore (enalapril) e/o diuretico (idroclorotiazide) con quelli ottenuti con placebo. Lo studio è terminato nel febbraio del 1997, dopo 2 anni di follow-up, per l'osservazione di un beneficio terapeutico significativo nel gruppo di trattamento. Dopo la fine della fase in doppio cieco, a tutti i soggetti è stato offerto di proseguire, o iniziare, il trattamento attivo per un tempo complessivo di 3.9 anni dalla randomizzazione iniziale. I dati così ottenuti hanno dimostrato che nei soggetti inizialmente randomizzati al trattamento attivo si è ottenuta una riduzione dell'incidenza di demenza del 55%; inoltre si è stimato che il trattamento di 1.000 pazienti per 5 anni può prevenire 20 casi di demenza, sia vascolare che correlata alla

Malattia di Alzheimer¹¹. Tale studio è stato il primo a dimostrare l'efficacia della terapia antipertensiva nel ridurre il rischio di demenza. In particolare l'efficacia dei calcio-antagonisti potrebbe essere spiegata sulla base di un loro ipotetico effetto neuroprotettivo oltre che ipotensivante. Con l'invecchiamento, infatti, il cervello perde la capacità di regolare la concentrazione di calcio intracellulare e ciò può determinare la morte cellulare¹². Esiste inoltre l'evidenza che la perdita dell'omeostasi del calcio possa essere una delle basi molecolari nella patogenesi della Malattia di Alzheimer¹³. Una anomala concentrazione di calcio intracellulare, infatti, è un potente segnale di trasduzione in grado di attivare meccanismi correlati alla formazione delle placche di beta-amiloide e dei grovigli neurofibrillari¹⁴ ovvero i principali marcatori istopatologici della Malattia di Alzheimer. I calcio-antagonisti, dunque, potrebbero agire come agenti neuroprotettori diminuendo l'afflusso del calcio in sede intracellulare.

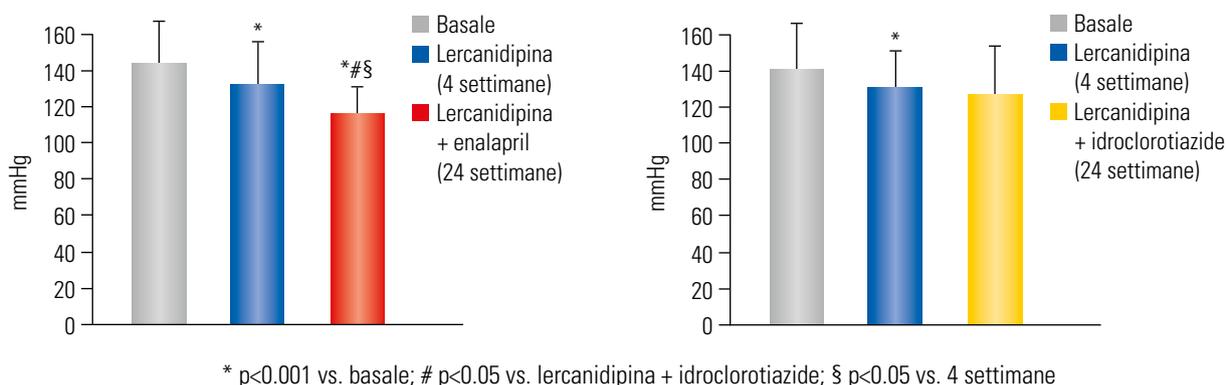
Tabella 1

Effetto del trattamento con lercanidipina sul Mini-Mental State Examination (MMSE)¹⁵

Pazienti senza adeguato controllo pressorio		Pazienti con adeguato controllo pressorio	
Visita, n pazienti	MMSE score, media (SD)	Visita, n pazienti	MMSE score, media (SD)
Basale, n=467	33.25 (2.36)	Basale, n=467	33.25 (2.36)
15 giorni, n=400	33.23 (2.37)	15 giorni, n=16	33.69 (1.91)
1 mese, n=316	33.12 (2.42)	1 mese, n=97	33.66 (2.13) ^a
2 mesi, n=236	32.81 (2.59)	2 mesi, n=174	33.82 (1.89) ^b
3 mesi, n=187	32.63 (2.67)	3 mesi, n=224	33.74 (1.95) ^b
4 mesi, n=172	32.47 (2.70)	4 mesi, n=238	33.79 (1.92) ^b
5 mesi, n=140	32.43 (2.60)	5 mesi, n=239	33.66 (2.12) ^b
6 mesi, n=131	32.31 (2.54)	6 mesi, n=281	33.67 (2.15) ^b

Figura 1

Riduzione della pressione centrale in pazienti ipertesi trattati con lercanidipina ed enalapril o idroclorotiazide¹⁶



Focus sulla terapia con enalapril/lercanidipina

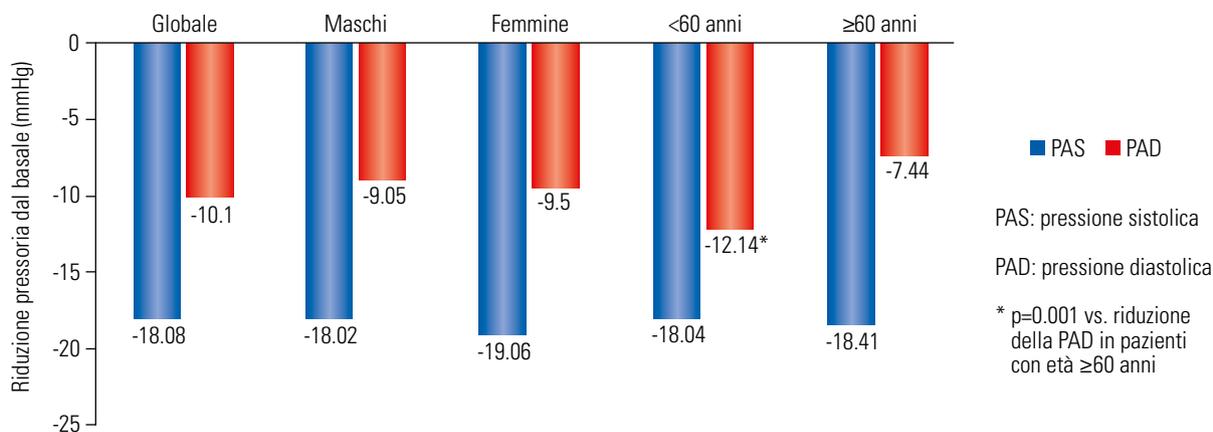
In questo contesto si è valutato il ruolo di calcio-antagonisti di terza generazione sulle funzioni cognitive di pazienti ipertesi. In particolare lercanidipina è stata oggetto di uno studio, di Tisare-Sanchez et al, che ha dimostrato, al dosaggio di 10

mg/die in 467 pazienti ipertesi di età compresa tra 42 e 79 anni, un miglioramento della funzione cognitiva dopo 6 mesi di terapia (Tabella 1)¹⁵. L'efficacia della lercanidipina sulla protezione cerebrovascolare potrebbe essere in parte anche legata agli effetti dimostrati dalla molecola sulla funzione microvascolare. De Ciuceis et al. hanno infatti di-

mostrato che un trattamento con 20 mg/ die di lercanidipina per 4 settimane è in grado di migliorare la funzione microvascolare e di ridurre la pressione centrale, punto cardine della prevenzione cardio- e cerebrovascolare, in particolare nell'anziano (Figura 1)¹⁶. Ottenere un buon controllo pressorio in sicurezza nell'anziano è

Figura 2

Efficacia dell'associazione lercanidipina/enalapril in pazienti ipertesi²¹



particolarmente importante. In questo senso il ricorso ad associazioni fisse con farmaci con meccanismi d'azione complementari è, com'è noto, una valida strategia per avere una maggiore efficacia antipertensiva rispetto alla monoterapia^{17,18}. L'associazione di lercanidipina con l'ACE-inibitore enalapril è in grado di garantire una maggiore efficacia rispetto alle monoterapie e una buona tollerabilità^{19,20}.

Recenti dati provenienti da uno studio condotto in una popolazione relativamente anziana (età media 65 anni), dimostrano un'ottima efficacia dell'associazione fissa di lercanidipina ed enalapril (10/20 mg), con riduzioni di pressione sistolica di circa 18 mmHg, anche nei pazienti di età superiore a 60 anni e in assenza di rilevanti effetti collaterali (*Figura 2*)²¹. Gli stessi dati sono stati rilevati anche in studi condotti con il monitoraggio pressorio nelle 24 ore¹⁹.

Il trattamento dell'ipertensione arteriosa è fondamentale per ridurre il rischio di deficit cognitivo nell'anziano non ancora colpito da demenza. Calcio-antagonisti diidropi-

ridinici, sia da soli che associati a farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina, sono ottimi strumenti nelle mani del medico per questo tipo di pazienti.

Bibliografia

1. Lloyd-Jones DM, et al. *JAMA* 2005; 294: 466-72.
2. Ritchie K, Lovestone S. *Lancet* 2002; 360: 1759-66.
3. Prince M, et al. 2013; 9: 63-75 e2.
4. Novak V, Hajjar I. *Nat Rev Cardiol* 2010; 7: 686-98.
5. Kearney PM, et al. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
6. Franklin SS, et al. *Circulation* 1997; 96: 308-15.
7. SHEP Cooperative Research Group. *JAMA* 1991; 265: 3255-64.
8. Staessen JA, et al. *Lancet* 1997; 350: 757-64.
9. Applegate WB, et al. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2154-60.
10. Mancia G, et al. *J Hypertens* 2013; 31: 1281-357.
11. Forette F, et al. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2046-52.
12. Khachaturian ZS. *Ann N Y Acad Sci* 1994; 747: 1-11.
13. Kawahara M, Kuroda Y. *Cell Mol Neurobiol* 2001; 21: 1-13.
14. O'Neill C, et al. *Biochem Soc Symp* 2001: 177-94.
15. Tisaire-Sánchez J, et al. *Vasc Health Risk Manag* 2006; 2: 491-8.
16. De Ciuceis C, et al. *J Hypertens* 2014; 32: 565-74.
17. Law MR, et al. *BMJ* 2003; 326: 1427.
18. Gupta AK, et al. *Hypertension* 2010; 55: 399 - 407.
19. Puig JG, et al. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 917-24.
20. Hair PL, et al. *Drugs* 2007; 67: 95-106.
21. Maldonado J, et al. *Drugs R D* 2014; 14: 147-54.

Esiste l'otorinolaringoiatria di genere?

In ORL il problema del "genere" non è stato ancora indagato, tuttavia è necessario affrontarlo per istituire percorsi diagnostico-terapeutici appropriati per le patologie testa-collo nella donna

Laura Lanza

*Direttore UO ORL Voghera (AO Provincia di Pavia)
Sezione Associazione Italiana Donne Medico (AIDM), Pavia*

In base alla revisione della letteratura, partendo dalla patologia auricolare, l'otosclerosi colpisce le femmine doppiamente rispetto ai maschi. La malattia è ereditaria, legata al cromosoma X e ciò spiegherebbe la maggior incidenza nelle donne; insorge nella pubertà, si aggrava con gravidanza e allattamento. Da ricordare è anche la sindrome di Turner, la cui prevalenza è di 1/2000-1/2500 nate femmine: è causata dall'assenza parziale o totale di uno dei 2 cromosomi sessuali X.

Riguardo la vertigine, la forma emicranica è frequente nelle femmine (rapporto femmine-maschi 7/1), come frequenti sono le vertigini post-emicraniche; vi sono donne che sviluppano vertigini dopo che la cefalea è passata da anni. Più frequenti nelle femmine sono anche le vertigini nella malattia di Ménière e nella vertigine parossistica benigna.

Spesso le gravide lamentano sintomi rinitici: studi sui recettori di estrogeni e progesterone nel naso delle gravide hanno riscontrato maggiore ricettività. È dimostrata differente concentrazione di ormoni sessuali e loro recettori nella mucosa nasale nelle varie fasi ormonali femminili, ormoni che nella

gravidanza presentano livelli elevati nel sangue. Il disturbo è legato a un effetto diretto degli ormoni sessuali sulla mucosa nasale e a uno indiretto di variazione di concentrazione locale dei recettori ormonali e di alcuni neurotrasmettitori. L'esito è più vascolarizzazione e secrezioni ghiandolari che determinano gonfiore e congestione nasale. I sintomi spariscono dopo il parto e raramente permangono e si cronicizzano. È pertanto una rinite ormonale legata ai cambiamenti ormonali.

Anche la rinite allergica presenta prevalenza femminile. In laringe, nell'adulto i noduli cordali sono propri della donna così come la malattia da reflusso esofageo non erosiva (NERD).

▶ Altre patologie

Riguardo alle neoplasie, pur essendo il tumore laringeo prevalente nel maschio, nella femmina l'incidenza è aumentata, parallelamente al tumore polmonare per il fumo. Per quanto riguarda invece l'orofaringe, l'eziopatogenesi oltre a dipendere da una predisposizione genetica, dallo stile di vita e dall'alimentazione, correla soprattutto con l'infezione da Papillomavirus umano. Più colpita è la donna: si-

curamente vaccinare tutti prima del primo rapporto sessuale fa diminuire il rischio di infezione da HPV, le precancerosi e neoplasie dell'orofaringe.

Anche l'ipotiroidismo è presente prevalentemente nelle femmine soprattutto nella menopausa, ma la tiroidite subacuta di De Quervain colpisce maggiormente tra i 30 e i 50 anni, mentre la tiroidite di Riedel, patologia rara, si presenta tra i 40 e i 60 anni; la tiroidite di Hashimoto infine colpisce le femmine con un rapporto di 5 a 1 rispetto ai maschi. Per le forme neoplastiche, il carcinoma follicolare predilige le femmine, come il carcinoma indifferenziato.

Nell'esperienza dei nostri servizi ambulatoriali che effettuano oltre 14.000 prestazioni annue, i dati descritti vengono quotidianamente verificati e ciò potrebbe permettere l'avvio di una medicina personalizzata.



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

Gestione delle patologie gastrointestinali con le nuove tecnologie digitali

Il progetto digitale Voodoc-Gastro - una App per i pazienti, un portale web per i medici - supporta il clinico nel rapporto medico-paziente e nella gestione delle patologie gastrointestinali

Nel percorso di cura la relazione medico-paziente è oggi più che mai fondamentale e complessa. Lo sviluppo delle nuove tecnologie digitali offre però l'opportunità di un rapporto più personalizzato tra i due attori coinvolti, sfruttando al meglio le potenzialità di efficacia ed efficienza di questi strumenti.

In questo contesto si inserisce "Voodoc" (www.voodoc.it), un innovativo progetto digitale - una App per i pazienti e un portale per i medici - ideato sia come strumento di supporto per i soggetti affetti da patologie acute e croniche in ambito gastroenterologico sia come ausilio per il medico per il monitoraggio del quadro clinico e terapeutico dei suoi assistiti. La piattaforma è il frutto di un energico lavoro di squadra, progettato in primis dal Dottor Vincenzo Cennamo, Responsabile della Gastroenterologia dell'Azienda USL di Bologna. Tutti i dati registrati sono protetti secondo le normative per la tutela della privacy.

► Per il paziente

Attraverso Voodoc-Gastro, una App interattiva scaricabile gratuitamente da App Store e da Google Play Store, con un'interfaccia facile e divertente, i pazienti possono

registrare e monitorare i propri sintomi (vomito, diarrea, reflusso, stipsi, ecc.) caricare le terapie e ricevere reminder per l'assunzione di farmaci. È presente un'agenda aggiornabile e consultabile che tiene traccia dei dati inseriti giornalmente e permette di prendere nota dei piani terapeutici e delle visite programmate.

L'App consente anche di mantenersi in contatto con il proprio medico curante laddove concordato. Il medico potrà monitorare i propri pazienti attraverso una rete certificata e approvata dagli utenti stessi.

► Per il medico

Collegandosi al sito www.voodoc.it e registrandosi con la propria anagrafica, al medico è assegnato un codice univoco che, condiviso con i propri pazienti, gli consente di seguire l'andamento dei sintomi e la compliance alla terapia. I dati inseriti dal paziente sono su campi predefiniti e quindi la trasmissione è monodirezionale. Il paziente non ha modo di contattare il medico attraverso il sistema.

► Utilizzo in pratica clinica

In un periodo storico in cui si può ben parlare di "medicina cronome-

trica", in cui il medico può dedicare poco tempo alla visita, l'utilizzo di questo strumento può facilitare il percorso di gestione e di qualità dell'incontro.

Con un semplice click il medico ha a disposizione la fotografia del decorso clinico del paziente in base ai sintomi segnalati e può immediatamente valutare l'aderenza alle cure prescritte, ottimizzando al massimo i tempi della visita e facilitando così l'interazione tra medico e paziente.

Un altro fattore facilitante dell'app è la reale attendibilità dei sintomi riportati dal paziente nel lungo periodo e tra una visita e l'altra: è dimostrato in letteratura che la "narrazione" del paziente sui sintomi accusati nei mesi precedenti l'appuntamento, nella realtà è parziale e fa riferimento solo all'ultimo periodo, in quanto la percezione è solitamente riferibile ai giorni immediatamente precedenti la visita.

Questo progetto può anche rafforzare il rapporto medico-paziente: la possibilità del medico di accedere al "diario clinico" del suo assistito in qualsiasi momento lo ritenga opportuno per meglio monitorare il decorso della patologia e l'aderenza alla terapia è un aspetto che infonde ulteriore fiducia nel paziente.

Promuovere l'aderenza terapeutica

Un innovativo servizio di promemoria digitale o telefonico per ricordare ogni giorno al paziente di assumere correttamente i farmaci. Coinvolti Mmg e farmacisti

Supportare il paziente nel suo percorso di cura, per assicurare una migliore aderenza terapeutica, soprattutto nei soggetti con patologie croniche e politrattati. È il principale obiettivo di "Seguilaterapia", un innovativo progetto che prevede la realizzazione di un servizio di promemoria per i pazienti e che coinvolge Mmg e farmacisti, in stretta collaborazione tra loro. L'iniziativa, resa possibile dal contributo non condizionato di Mylan, raggiungerà almeno 20.000 pazienti nei prossimi due anni, offrendo, in base alla loro preferenza, un servizio di promemoria digitale (SMS o Alert via APP) o telefonico (chiamata vocale registrata), con lo scopo di ricordare loro di assumere correttamente e tempestivamente i farmaci del proprio piano terapeutico e di alertarli in merito all'imminente esaurimento delle confezioni del medicinale.

Da sempre Mylan pone al centro delle proprie attività la salute del paziente, coniugando l'efficacia e la sicurezza delle terapie con la sostenibilità del sistema sanitario.

"'Seguilaterapia' è un progetto ambizioso, ma concreto, volto a supportare il paziente nell'assunzione quotidiana dei farmaci, per promuovere e migliorare l'aderenza terapeutica" - spiega l'Am-

ministratore delegato di Mylan, **Cinzia Falasco Volpin**. "La fase implementativa non può prescindere dalla collaborazione tra i principali attori della sanità. L'iniziativa nasce sotto i migliori auspici, non solo perché è stata presentata presso il Ministero della Salute, ma per la sensibilità manifestata di tutte le associazioni coinvolte, a dimostrazione che c'è una grande volontà di collaborazione di tutti gli attori, fondamentale per migliorare la vita del paziente al di là di ogni singolo ruolo".

In particolare i promemoria saranno generati in base alle informazioni raccolte anche tramite l'interfaccia con il portale Netmedica a disposizione dei medici di famiglia, e registrate sulla piattaforma www.seguilaterapia.it, che sarà fruibile dai farmacisti aderenti al progetto.

"Oltre a verificare l'efficacia di un sistema di alta tecnologia per aiutare le persone a seguire correttamente le cure", ha commentato **Giacomo Milillo**, Segretario Nazionale Fimmg - "il progetto, presenta il vantaggio di mettere in collegamento due figure fondamentali dell'assistenza primaria, il Mmg e il farmacista, la cui collaborazione può migliorare l'aderenza alla terapia e quindi l'efficacia delle cure territoriali".

Sul fronte dei pazienti, il presi-

dente di FederAnziani, **Roberto Messina**, accoglie con favore "ogni nuova soluzione tecnologica che venga incontro alle esigenze dei pazienti, con tutti i benefici che ne conseguono in termini di miglioramento della qualità della vita e di risparmio per il Sistema Sanitario Nazionale".

Mylan in breve

Mylan, fondata nel 1961 e presente in Italia da 15 anni, è una delle aziende farmaceutiche leader a livello mondiale, distinguendosi per l'attività di ricerca innovativa e sviluppo e come uno dei più grandi produttori di principi attivi. Grazie all'acquisizione della divisione di Abbott dedicata ai farmaci equivalenti branded e specialistici per i mercati a economia matura (a esclusione degli Stati Uniti), conta circa 30.000 dipendenti nel mondo, un portfolio di 1.400 prodotti diversi e altri 3.400 in attesa di approvazione dalle autorità competenti in tutto il mondo.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Cinzia Falasco Volpin