

M.D.

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

Anno XXIII, numero 5 - giugno-luglio 2016

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Acn: trattativa allo stallo
e c'è chi incita
ad abbandonare il campo**

CLINICA

32

**Up to date in Medicina
d'Urgenza e in Cardiologia:
ambiti gestionali
e protocolli operativi della
"Cardiomiopatia Takotsubo"**

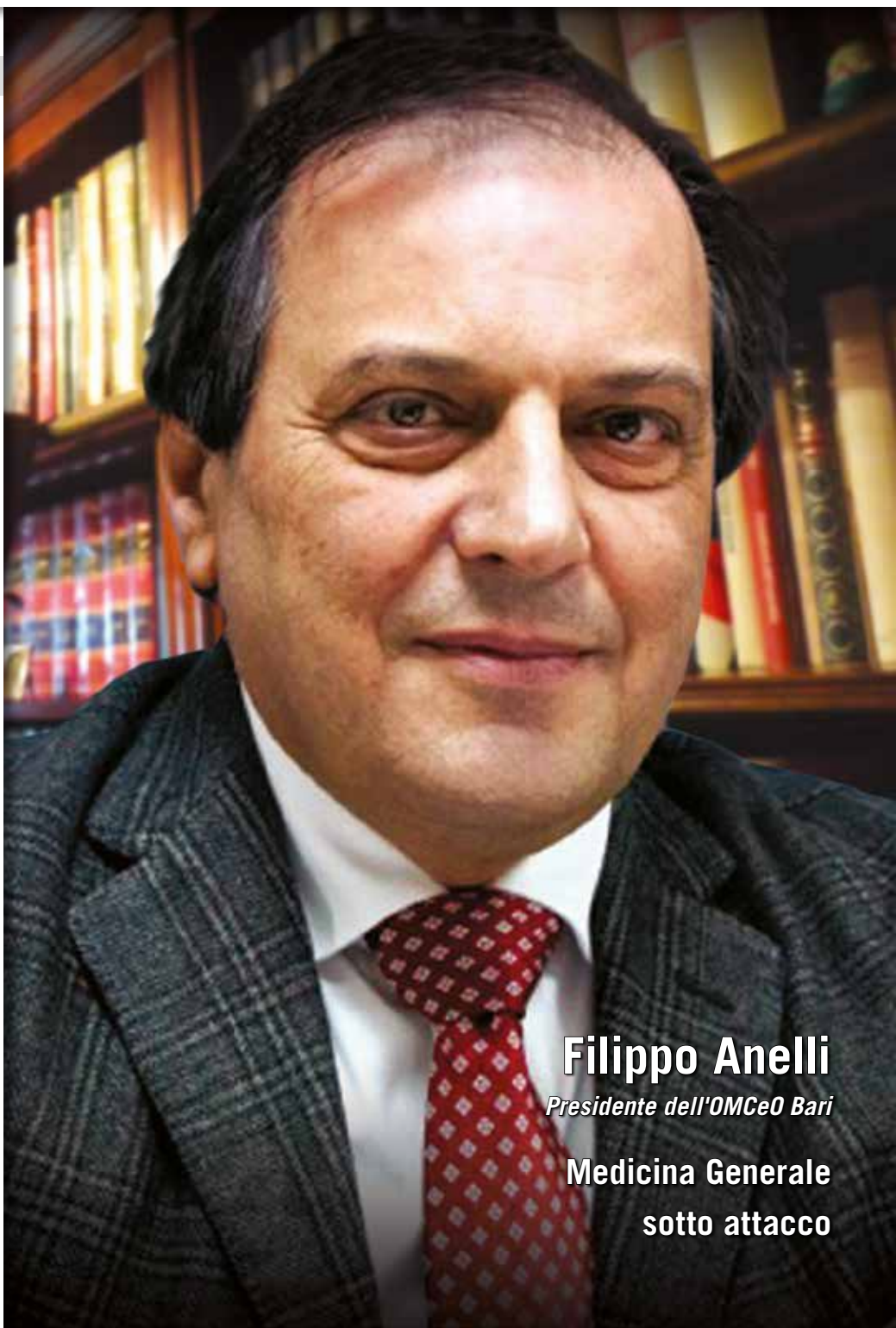
RASSEGNA

38

**Diabete e parodontite:
una relazione pericolosa**



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



Filippo Anelli

Presidente dell'OMCeO Bari

**Medicina Generale
sotto attacco**



M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

ATTUALITÀ

■ Prima pagina	
Medicina Generale sotto attacco	5
■ Focus on	
Acn: trattativa allo stallo e c'è chi incita ad abbandonare il campo	6
■ Professione	
Ruolo unico tra le nebbie di Aft e Uccp	8
■ Riflettori	
Per riformare la Continuità Assistenziale l'H16 non è l'unica possibilità	12
■ Prospettive	
Medici di medicina generale e Irap, siamo alla svolta?	14
■ Ricerca	
Tra Mmg e informatori scientifici è una questione di fiducia	16
■ Formazione	
I dati sull'Ecm non sono incoraggianti e fanno discutere	17
■ Osservatorio	
Asl segnalano presunti iperprescrittori e la Corte dei Conti li assolve	18
■ Contrappunto	
Prescrizioni indotte: l'appello del vicesegretario Fimmg Roma	19
■ Indagini	
Telemedicina: il "vorrei ma non posso" dei medici italiani	20
■ Italia sanità	
La ricetta digitale avanza, anche se alcune Regioni ne rallentano il cammino	22

AGGIORNAMENTI

■ Andrologia	
Progetti di screening andrologici per gli adolescenti	24
■ Cardiologia	
Nuove linee guida europee sullo scompenso cardiaco	25
■ Gastroenterologia	
Opinione degli esperti sulla sicurezza di rifaximina nella IBS	26
■ Nefrologia	
Percorsi di prevenzione della malattia litiasica	27
■ Neurologia	
Malattia di Alzheimer tra presente e prospettive future	28
■ Nutrizione	
Malnutrizione negli anziani e riduzione della mortalità	29
■ Pneumologia	
Rallentare la progressione della fibrosi polmonare idiopatica	30

CLINICA E TERAPIA

■ Clinica	
Up to date in Medicina d'Urgenza e in Cardiologia: ambiti gestionali e protocolli operativi della "Cardiomiopatia Takotsubo"	32
■ Rassegna	
Diabete e parodontite: una relazione pericolosa	38
■ Terapia	
Attualità sulla chirurgia mininvasiva del piede	40
■ Counselling	
L'approccio capacitante nei pazienti fragili	43
■ Management	
BPCO: collaborazione Mmg-specialista	44
■ Monitor	
Carne rossa: dibattito tra pro e contro	46

E' online la nuova M.D.webtv



La prima **webTV**
per l'informazione e
la formazione del medico italiano,
nata nel 2009, si è rinnovata con:

- > **1** canale generalista, ad aggiornamento settimanale
- > **12** canali specialistici, ad aggiornamento mensile



Medicina generale



Cardiologia, Angiologia, Flebologia, Malattie Trombotiche



Gastroenterologia, Epatologia



Urologia, Andrologia, Nefrologia



Psichiatria, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile



Ortopedia, Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitazione



Oncologia, Ematologia, Cure Palliative



Allergologia, Pneumologia, Otorinolaringoiatria



Endocrinologia, Diabetologia



Dermatologia, Medicina Estetica, Malattie sessualmente trasmesse



Pediatria, Neonatologia, Vaccini



Ginecologia e Ostetricia, Patologia della Riproduzione



Genetica, Malattie Rare



www.mdwebtv.it

Medicina Generale sotto attacco

È molto preoccupato, **Filippo Anelli**, presidente dell'OMCeO di Bari per il futuro della professione medica. Lo è ancor di più, in qualità di segretario regionale della Fimmg se parliamo delle prospettive che si delineano per i medici delle cure primarie. Tutto il dibattito è di fatto condizionato da quanto sta accadendo nella trattativa per il rinnovo della Convenzione che dovrebbe dare 'fattualità' alla Legge Balduzzi.

A tale proposito Anelli sottolinea quanto accaduto nel recente convegno regionale, svoltosi a Bari dal titolo: "La nuova Medicina Generale: il ruolo unico al centro del sistema". "Il convegno doveva essere una discussione su come articolare il ruolo unico inserito nel contesto nascente di una Aggregazioni Funzionali Territoriali - dichiara - ed è diventato un botta e risposta sulle perplessità generate dalla bozza di accordo della Sisac di cui si è venuti a conoscenza tramite gli organi di stampa del settore".

I nodi da sciogliere del documento proposto dalla Sisac sono tali da prefigurare una svolta drammatica per la professione che va al di là dell'aspetto economico-contrattuale.

"La bozza - precisa Anelli - si contraddistingue per una visione del medico di famiglia come dipendente: il medico è considerato dipendente invece che libero professionista".

"Questo argomento è inevitabilmente connesso ad altre problematiche, come l'articolazione del lavoro, i procedimenti disciplinari, i rapporti con il Distretto".

"E se ciò non bastasse - continua - si legittima sempre più l'ipotesi che ci sia un disegno politico per modificare non solo la para-subordinazione del medico trasformandola in para-dipendenza, ma addirittura di prevedere uno sconvolgimento dell'attuale modalità di formazione del medico di medicina generale. Questo perché tra i requisiti previsti dalla bozza non si fa più esplicito riferimento al possesso del diploma triennale di Medicina Generale".



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

Acn: trattativa allo stallo e c'è chi incita ad abbandonare il campo

Il restyling della bozza dell'atto di indirizzo, non ha prodotto gli effetti sperati dalla Parte Pubblica, ma al contrario è fonte di malcontento. I sindacati di categoria restano fermi sulle loro posizioni critiche, pur apprezzando le aperture del coordinatore Sisac, Vincenzo Pomo, relative alla possibilità di rivedere l'intero articolato proposto.

E intanto c'è chi pensa che non ci siano le basi per arrivare ad un accordo e incita a ritirarsi dalla trattativa: l'invito è stato rivolto dalla Fimmg Lazio al segretario nazionale Giacomo Milillo

La Sisac si è presentata al tavolo della trattativa del 21 giugno con un *restyling* della bozza per il rinnovo della convenzione dei medici delle cure primarie. Un tentativo forse di rimediare al fatto di aver dato in pasto alla stampa la bozza che avrebbe dovuto riaprire le danze tra sindacati e parte pubblica per il rinnovo dell'Acn. Bozza bollata subito dalla Fimmg come irricevibile.

Dopo le polemiche scaturite poco cambia nell'atteggiamento dei sindacati che con vari distinguhi criticano il documento.

Fimmg definisce le modifiche del nuovo testo "marginali e non significative". "Vedremo al tavolo di trattativa, ma le premesse non sono delle migliori", dichiara il sindacato. Ed infatti la situazione sembra precipitare: "Su questa bozza li mandiamo a casa con il termine di moda #ciaonedallaFimmg", queste le parole twittate dal vice segretario Nazionale Fimmg **Silvestro Scotti** durante l'incontro del 21 giugno. Una posizione confermata subito dopo dal segretario nazionale **Giacomo Milillo**: "l'a-

spetto più pericoloso dell'articolato proposto è la presenza di una cultura ispiratrice gerarchica ancora tenacemente legata al controllo discrezionale e condizionante sui singoli anziché alla promozione dei percorsi e dei risultati". In altre parole il ruolo libero professionale dei Mmg viene "ingabbiato" e aleggia lo spettro della dipendenza.

Un rischio evidenziato anche nella missiva inviata a Milillo dalla Segreteria Regionale della Fimmg Lazio in cui l'esecutivo regionale invita il segretario nazionale ad abbandonare la trattativa, rimarcando la pericolosità della introduzione da Parte Pubblica della Legge Brunetta, legge 150, nell'Accordo collettivo. Un'introduzione che di fatto veicola una dipendenza, *de facto se non de jure*.

Il segretario della Fimmg, pur prendendo atto delle apprezzabili dichiarazioni del Coordinatore della Sisac rispetto alla possibilità di rivedere, nel contesto di principi da condividere, l'intero articolato proposto, di fatto conferma la contrarietà al testo della bozza ed entra nel merito sottolineando che:

- mortifica lo specifico percorso formativo del medico di medicina generale equiparandolo, nell'accesso alla convenzione, a titoli puramente accademici;
- prevede un ruolo unico tra medici di famiglia e medici di continuità assistenziale che è un'enunciazione formale con pochi margini per quella nuova continuità dell'assistenza da garantire sette giorni su sette da parte delle Aft, pensata a supporto di una medicina di iniziativa volta anche ad evitare l'intasamento dei pronto soccorso e ad accorciare le liste d'attesa;
- omette sufficienti garanzie rispetto ad una subordinazione sempre maggiore, senza alcuna tutela sia sul piano dell'applicazione delle norme contrattuali sia su quello disciplinare, estendendo al personale convenzionato norme, come il D.Lgs 150/2009, previste per la dipendenza;
- non riconosce l'autonomia organizzativa del medico di medicina generale quale elemento fondamentale di tutela del rapporto di fiducia medico-paziente.

► Le aperture dello Snam

Un po' meno rigida la posizione dello Snam. "È stato un incontro interlocutorio - ha dichiarato **Angelo Testa**, presidente nazionale Snam - ma significativo, in quanto formalmente il dott. **Vincenzo Pomo** che dirige e coordina la Sisac, si è già espresso nel chiarire alcuni punti che noi consideriamo irrinunciabili e pregiudiziali. *In primis* è stato ribadito che la bozza contrattuale, che ci è stata consegnata, è assolutamente aperta alla discussione e alle integrazioni, non verranno perse ore per l'ex continuità assistenziale e si darà mandato alle regioni per la valutazione delle situazioni in cui verrà confermata l'assistenza come attualmente viene erogata, per questioni logistiche e di distanza dei punti guardia dai presidi ospedalieri. Inoltre si libereranno oltre 27.000 posti di lavoro nei prossimi 7 anni per cui sarà garantito un ampio *turnover* che permetterà ai Colleghi più giovani una sicura sistemazione. Ci siamo dati appuntamento per il prossimo 12 luglio, in cui inizieremo i lavori entrando nei punti specifici del nuovo accordo collettivo nazionale". Nel frattempo prosegue la consultazione dello Snam con la base e con i dirigenti sindacali periferici che stanno interagendo con l'esecutivo nazionale, inviando le loro proposte ed esprimendo le criticità che avvertono nella bozza del contratto stesso.

► Le dure critiche di Smi

Lo Smi mantiene la sua posizione intransigente. La delegazione sindacale, presente al primo incontro con la Sisac, ha evidenziato la ne-

cessità di chiudere questa lunga fase di blocco dei contratti che mortifica oltremodo i professionisti del settore e ha confermato la ferma opposizione a un Acn, che contrasta con la legislazione vigente e con il Patto della Salute, ed oltretutto a isorisorse, con grave danno per la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

► Forma e sostanza

"Non condividiamo, intanto, la modalità con cui si è aperta questa partita ha sottolineato **Pina Onotri**, segretario generale Smi -. Alcune sigle hanno già letto l'intera bozza, dopo aver partecipato anche alla definizione stessa dell'Atto di indirizzo, come dichiarato dal ministro Lorenzin alla Camera dei Deputati, altri ne hanno visionato solo alcuni punti, noi come Smi ne siamo stati tenuti completamente all'oscuro".

Per il segretario nazionale Smi questo è: "la dimostrazione di una assoluta assenza di trasparenza e di mancanza di rispetto delle regole. Ribadiamo le ragioni di una contestazione ampia e serrata contro lo smantellamento della guardia medica notturna, che ha coinvolto sindaci, associazioni dei consumatori e semplici cittadini, nonché un fronte trasversale di partiti. Un movimento dalla Puglia, fino alla Toscana, dove è stata addirittura votata in commissione sanità all'unanimità una mozione di critica. Proprio nella patria dell'ancora embrionale modello H16". "Non condividiamo l'atto di indirizzo - ha continuato Onotri - perché illegittimo e impugneremo tutto ciò che da esso discende anche la futura convenzione, se necessario. Illegittimo perché va ad impat-

tare sul lavoro del 118, ridefinendo quegli ambiti di operatività stabiliti per legge, perché contravviene alla Balduzzi, che parla di continuità dell'assistenza H24 e perché contraddice lo stesso Patto della Salute, dove si delineano chiaramente percorsi differenti per 118 e per la guardia medica, ancorché integrati. Carta canta, basta leggere tanto la Balduzzi che il Patto per la Salute".

► Servono risorse

"Il comitato di settore - ha denunciato il segretario Smi - ha debordato dalle sue prerogative: con un atto di indirizzo e poi con una successiva convenzione non si può pretendere di riorganizzare i servizi sul territorio. Veniamo, poi, al convitato di pietra di questa tornata: le risorse che non ci sono. E non possiamo in questa ottica non tener presente la recente sentenza della Corte Costituzionale che ha ritenuto illegittimo il blocco dei contratti e quello retributivo, ribadendo che non vi può essere un rinnovo ad isorisorse. Questa impostazione è applicabile, per analogia anche ai medici convenzionati. Ma qui si fa finta di nulla, con una logica punitiva nei confronti della categoria". "È anche inaccettabile che non si parli di una altra delle ricadute dell'H16, quella su tutti i contratti a tempo determinato: cioè la certa contrazione di migliaia di posti di lavoro - ha concluso Onotri -. Infine: la Balduzzi, emanata 4 anni fa prevedeva che entro sei mesi, abbondantemente trascorsi, si dovevano rinnovare le convenzioni. È caduto il limite temporale di applicazione, perché non dovrebbe venir meno il vincolo economico"?

Ruolo unico tra le nebbie di Aft e Uccp

Fiore all'occhiello del nuovo assetto della medicina territoriale, l'istituzione del ruolo unico dovrebbe rappresentare la leva per potenziare l'attuale presa in carico dell'assistenza primaria, ma la trattativa per il rinnovo dell'Acn e la definizione delle Aft e Uccp ancora tutta teorica, al momento, rendono problematica la sua realizzazione. Né è convinto Nicola Calabrese, Vicesegretario Generale Nazionale Fimmg

Il ruolo unico è al centro del nuovo assetto che riguarderà la strutturazione delle cure primarie. Se ne è discusso di recente a Bari durante il convegno regionale Fimmg-Puglia dal titolo: "La nuova medicina generale (MG): il Ruolo Unico al centro del Sistema". "Prima di tutto ciò che è emerso dal Convegno - ha sottolineato **Nicola Calabrese**, Vicesegretario Generale Nazionale Fimmg - è la necessità di mettere da parte le polemiche sterili che hanno caratterizzato la discussione sul rinnovo dell'Acn, in particolare sull'H16. Questo momento di rinnovo ci serve per programmare il futuro della professione. Una volontà che purtroppo non abbiamo trovato nelle proposte delle Regioni, basta soffermarsi sulle bozze della Sisac in cui fa ancora breccia l'intenzione di dar il via ad un percorso di subordinazione del medico. Noi, dal punto di vista giuridico, abbiamo un rapporto libero professionale subordinato rispetto agli obiettivi del Ssn, ma con un grado di libertà professionale che ci appare sempre più in pericolo".

"L'istituzione del ruolo unico - continua il Vicesegretario - dovrebbe essere il fiore all'occhiello del percorso di potenziamento della MG, ma vista l'assenza di un reale investimento è, ad oggi, qualcosa di problematico da leggere in un contesto fortemente liquido. Va ricordato che il ruolo unico non descrive funzioni del singolo, ma funzioni di una squadra i cui componenti si completano a vicenda con capacità univoca di *governance* all'interno di strutture come Aft e Uccp. Ma se queste strutture sono

ancora avvolte nella nebbia, se le loro funzioni sono lontane dall'essere definite, qualcuno mi spieghi come si fa a determinare che cosa dovrà fare il medico e quale sarà il suo ruolo in queste strutture".

► Una questione contrattuale

La MG è infatti chiamata a una rapida evoluzione, perché dovrà, con la modifica delle funzioni fin qui svolte dai Mmg e dai medici di CA, integrare e potenziare l'attuale capacità di presa in carico dell'assistenza primaria. Il percorso negoziale dovrà rendere compatibili gli attuali due ruoli, trasformando due impalcature contrattuali sinora distinte in un'unica struttura coerente e migliorata: norme contrattuali specifiche dovranno garantire sia la stabilizzazione dei medici già inseriti nel sistema della MG (a singolo o a doppio incarico), con il recupero e la salvaguardia dei diritti acquisiti, sia l'ingresso dei nuovi professionisti. Si dovranno insomma delineare le nuove modalità di accesso e i criteri che regoleranno, all'interno del ruolo unico, l'evoluzione dell'assetto professionale, avendo come obiettivo in termini economici la massimalizzazione della redditività dei singoli e la stabilità di contribuzione previdenziale.



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

Per riformare la Continuità Assistenziale l'H16 non è l'unica possibilità

Pensando e ragionando, in base all'esperienza sul campo, si possano ipotizzare variabili della Continuità Assistenziale che comunque abbiano una razionalità molto più efficace dell'H16 che di fatto è espressione di una stortura organizzativa nata da una copia scadente delle opzioni "out of hours" che altri sistemi sanitari hanno già da tempo abortito

Alessandro Chiari

Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari Regionali

Dal momento in cui è stato annunciato dal Segretario del più rappresentativo sindacato della medicina generale al TG1 della sera, nella fascia oraria di massimo *share* per le notizie, che avremmo imboccato la strada di un'epocale riforma della medicina generale che avrebbe cambiato per sempre il volto della sanità italiana, abbiamo assistito ad un teatrino veramente sconcertante di annunci e contro-annunci e di paternità prima esibite e poi negate. Il finale della "bozza fantasma" è stato qualcosa di fantozziano se non avesse contenuti tragici perché malgrado le reiterate rassicurazioni, la prima vittima dell'H16 è la Continuità Assistenziale.

► La continuità dell'assistenza

La continuità dell'assistenza è un concetto fondamentale nell'ambito dell'offerta sanitaria: è un'organizzazione funzionale, basata anche su una modalità assistenzialmente erogativa generale del sistema, che diventa, in pratica, quello strumento operativo che consente al cittadino di avere una garanzia as-

sistenziale ovunque si trovi (ospedale e territorio) nell'arco delle 24 ore e durante tutta la settimana. Aldilà dei delicatissimi, ma soprattutto ancora perfezionabili, passaggi di presa in carico assistenziale tra ospedale e territorio, una parte importantissima in termini di assistenza e tempo, in questo compito di garanzia, viene occupato dalla Continuità Assistenziale (ex guardia medica), che in realtà dovrebbe quindi assicurare al cittadino quella stessa assistenza notturna e festiva che viene erogata dai medici di famiglia durante le 12 ore diurne feriali.

► Uno schema consolidato

In verità la Continuità Assistenziale sta ancora lavorando (ed è il suo genoma storico) prettamente nell'ambito delle prestazioni urgenti indifferibili piuttosto che sulla continuità reale dell'assistenza. A vari livelli locali sono state attivate forme ambulatoriali di sostegno da parte della ex guardia medica, peraltro riferite a fasce orarie ben determinate nei giorni festivi e molto più limitate in quelli feriali. In base

alle nostre esperienze sindacali, organizzative e lavorative, sarebbe quantomeno interessante, per proporre qualcosa di veramente innovativo ed efficace, ribaltare il target operativo della continuità assistenziale rendendolo sempre più omogeneo a quello della medicina generale invece di pensare a improbabili storture interpretative di sistemi sanitari estranei alla nostra cultura assistenziale ed organizzativa.

► Assistenza ambulatoriale notturna

Obiettivo della continuità assistenziale potrebbe diventare quindi un'interrotta attività ambulatoriale durante le attuali orari di competenza, dove la visita domiciliare (l'urgenza) diventa, l'eccezione data dalla prestazione indifferibile come durante il giorno lo è per i medici di medicina generale. Solamente in un tale contesto l'assistenza erogata dai medici di continuità assistenziale diverrebbe paragonabile a quanto offerto dai medici di famiglia. Per una simile strutturazione nella ex guardia c'è bisogno di

dover ipotizzare due diverse figure operative: l'ambulatoriale e il domiciliare, in modo da non lasciare mai sguarnito il presidio territoriale. Anche le sedi potrebbero essere diverse. La sede ambulatoriale potrebbe essere una Uccp, ove possibile, oppure nelle città suddivise per quartiere potrebbe essere ubicata in apposite strutture di proprietà dell'Asl o del Comune. Ai medici che turnano in ambulatorio e che lavorano in determinati presidi verrebbero affiancati colleghi deputati alle prestazioni domiciliari indifferibili che potrebbero essere attivati dagli ambulatoriali oppure da un'unica struttura di *triage* comune, eventualmente anche dal Pronto Soccorso dell'ospedale territoriale di riferimento.

Questa ipotesi, diametralmente opposta alla confusionaria soluzione H16, potrebbe creare una sintesi tra tutte quelle esperienze avanzate di assistenza in grado di poter dare una risposta soddisfacente alla popolazione, che finalmente avrebbe un servizio H24 appropriato e reale in ottemperanza a quanto dettato dalla legge Balduzzi. In questo modo si possono creare interventi assistenziali integrati con gli altri operatori, soprattutto per figure fragili, col pieno supporto dell'informatizzazione delle sedi e quindi della condivisione delle informazioni sanitarie. Si dovrebbe realizzare un sistema di consegne reciproche tra medici di famiglia e medici della Continuità Assistenziale che diventa garanzia della presa in carico del paziente. Infine si potrebbe ipotizzare la possibilità sperimentale, ora negata dalla vigente normativa, per la CA di prenotare prestazioni diagnostiche ed esami nell'ambito dell'informatizzazione integrata regionale. A conti

fatti, il ritorno dato dal guadagno di immagine e dalla reale qualità di assistenza e l'investimento, in termini di budget e spesa reale, sono assolutamente realizzabili.

► La cultura del confronto

Certamente tutto questo comporterebbe un lavoro culturalmente importante dal punto di vista dell'educazione sanitaria della popolazione che dovrebbe imparare ad usufruire della migliore assistenza offerta senza tuttavia approfittarne, ma anche degli stessi operatori cioè dei medici di CA e dei medici di medicina generale che dovrebbero rafforzare la loro professionalità. Non dimentichiamo che in questi anni ci sono stati profondi mutamenti che hanno cambiato il volto della medicina in generale e della medicina di primo livello, in particolare. La relazione di cura si è trasformata in un insieme di relazioni di coppia, di gruppo e di rete, più complesse e più impegnative sia in termini professionali sia per il loro costo emotivo. Lavorare in *team* significa affrontare ogni giorno il confronto con i colleghi e spesso ci imbattiamo in situazioni conflittuali di carattere personale, ma più spesso generali che attengono all'organizzazione del lavoro. Il disagio lavorativo che tali situazioni generano si ripercuote quasi sempre su tutti gli altri operatori e può diventare comune, quindi di *team* e di apparato. Ricordiamo che l'efficienza di una struttura viene assicurata e mantenuta attraverso un continuo processo risultante dall'efficacia del prodotto operativo di ogni singolo lavoratore. Potremmo quindi sostenere che la qualità è data da una filiera di elementi in cui quello fonda-

mentale umano (il medico e gli altri operatori) fa parte di una vera e propria successione di anelli dove il metamero debole compromette il risultato e la stabilità dell'intero sistema. In poche parole basta che un solo componente non riesca ad assicurare il suo livello minimo di standard qualitativo, predefinito dal suo compito specifico, che tutta la struttura ne risente perdendo anch'essa il livello produttivo ottimale. E quanto più l'operatore inserito in un *team* accusa una criticità operativa tanto più la struttura ne risente in una reazione a catena che coinvolge l'intero *team* creando, da una difficoltà individuale, un disagio di gruppo. Se si vuole la qualità, cercando di assicurare livelli ottimali ed uniformi di assistenza, questa qualità deve essere raggiunta dal basso ed appartenere a tutti i medici piuttosto che essere un capitale di pochi eletti. Anche la formazione e la cultura della qualità sono importanti accessori che non possiamo escludere dal processo.

► Controcorrente

Pensando e ragionando in base all'esperienza si possano ipotizzare variabili della Continuità Assistenziale che comunque abbiano una razionalità molto più efficace dell'H16 che, mi piace ripetere, è espressione di una stortura organizzativa nata da una copia scadente delle opzioni *out of hours* che altri sistemi sanitari hanno già da tempo abortito: ma si sa che una serie di creativi esiste da sempre nella nostra sanità e come questi, pur di cercare di inventarsi qualcosa di nuovo, siano capaci di distruggere anche i sistemi efficaci.

Medici di medicina generale e Irap, siamo alla svolta?

La recente circolare dell'Agenzia dell'Entrate 20/E, prendendo atto delle sentenze della Corte di Cassazione 7241 e 9451 di quest'anno, esonera dal pagamento dell'Irap le medicine di gruppo con dipendente o collaboratore e il Mmg convenzionato con un solo dipendente che svolge mansioni di segreteria

Le medicine di gruppo con dipendente o collaboratore e il Mmg convenzionato con un solo dipendente che svolge mansioni di segreteria sono esonerati dal pagamento dell'Irap. È quanto si deduce dalla circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 20/E del 18/05/2016 (Commento alle novità fiscali. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2016).

La circolare in merito ai medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, sottolinea che l'esistenza dell'autonoma organizzazione è configurabile in presenza di elementi che superano lo standard previsto dalla convenzione e che devono essere pertanto valutati volta per volta. "Siamo soddisfatti - commenta **Ernesto La Vecchia**, dirigente nazionale del Sindacato Medici Italiani (Smi) - ma adesso serve un ultimo passo decisivo: una legge nazionale che dica, una volta per tutte, che questa tassa non è dovuta. È necessaria una normativa nazionale perché spesso ci troviamo di fronte a casi che, a seconda delle varie commissioni tributarie periferiche, vengo trattati in modi differenti".

"Una delle proposte che stiamo cercando di portare avanti - continua La Vecchia - riguarda l'assunzione del personale di studio da parte dell'Azienda o dell'Assesso-

rato, poiché, al momento, per molti di noi medici questa è una partita dove usciamo sconfitti dal punto di vista economico. Per esempio, se si considera che io sono un massimalista in termini di tasse da pagare (intorno al 55%) e che ricevo una detrazione fiscale per il mio personale che si aggira intorno al 27%, bisognerebbe prendere qualche provvedimento per rendere più favorevole questa assunzione".

► Convenzione e standard minimi

In merito agli 'standard minimi' previsti dalla convenzione la circolare dell'Agenzia delle Entrate fa riferimento alla recente sentenza della Corte di Cassazione a sezioni unite, n. 7291/2016 depositata il 13 aprile 2016, relativa alla attività di medicina di gruppo svolta da parte dei medici di medicina generale in convenzione. Sentenza secondo la quale l'attività della medicina di gruppo, svolta ai sensi dell'articolo 40, comma 9, del DPR 28 luglio 2000 n. 270 (con il quale è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale), rappresenta una forma associativa di assistenza primaria regolamentata normativamente (dal richiamato articolo 40) e quindi non è riconducibile ad uno dei tipi di società o enti (articoli 2 e 3 del decreto legislativo n. 446 del 1997). E a tale riguardo sottolinea che la medicina di gruppo si caratterizza, tra l'altro, per l'utilizzo di sup-

porti tecnologici e strumentali comuni e per l'utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune. Di conseguenza la Corte di Cassazione esclude che la presenza di tale personale dipen-

dente, rientrando nell'ambito del "minimo indispensabile" richiesto per lo svolgimento dell'attività, integri il requisito dell'autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo Irap. (Cassazione Sezioni Unite - 10 maggio 2016, n. 945).



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Ernesto La Vecchia

Il perché di una eterna Babele

La circolare dell'Agenzia delle Entrate sembra così gettare un seme di speranza per la definizione di un'annosa problematica. Malgrado le sentenze che si sono susseguite in questi anni 'favorevoli' all'esenzione del Mmg dal pagamento dell'Irap, la questione continua a trascinarsi e le controversie non si dirimono. Non dimentichiamo la risposta data dal sottosegretario di Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze Enrico Zanetti alla risoluzione presentata da Sebastiano Barbanti (Misto): *"sospensione delle attività di riscossione dell'Irap con riferimento ai medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale"*. Nella seduta del 27 gennaio 2016 presso la Commissione Finanze della Camera dei Deputati Zanetti è stato lapidario: "La sospensione dell'attività di riscossione dell'Irap nei confronti dei Mmg convenzionati con il Ssn, operanti presso gli ambulatori delle Asl non è percorribile". Non è percorribile perché quello che manca e che viene da tempo richiesto dai rappresentanti di categoria e la definizione di una normativa nazionale di riferimento che esoneri i Mmg dal pagamento dell'Irap.

Per l'avv. **Antonio Puliatti** da vent'anni impegnato a fianco dello Smi su temi di fiscalità la "questione Irap" nasce da un fatto: la Corte di Cassazione, ogni qualvolta si è ritrovata a dover giudicare questioni fi-

scali legate alla medicina generale, rimette il giudizio ad un giudice di merito; indica, cioè, la necessità di indagare ed individuare gli elementi in gioco caso per caso. "È il giudice di merito - continua Puliatti - che valuta se attrezzature e personale a disposizione del medico in questione possano determinare un incremento delle entrate e, quindi, questo medico essere tassabile ai fini Irap". Tuttavia si tratta di una questione che, nei fatti, non si dovrebbe porre. Un esempio su tutti. Nel 2014 è stato rigettato un ricorso dell'Agenzia delle Entrate; l'Agenzia aveva impugnato una sentenza della Commissione tributaria regionale della Campania che aveva accolto la richiesta di un medico di famiglia di non pagare l'Irap. L'Ordinanza (n. 958/2014) che rigetta il ricorso dell'Agenzia delle Entrate recita così: *"La sussistenza di un dipendente part time non costituisce elemento che di per sé provi l'assunto dell'Agenzia [delle Entrate ndr], specie in relazione ad un medico di base che è tenuto, nell'interesse della sanità pubblica, ad un'efficiente servizio"*.

"In passato ci sono state sentenze sul tema dell'imposizione Irap che riguardavano i professionisti in genere; sentenze come questa - commenta Puliatti - hanno dimostrato invece la differenza specifica che, su questo tema, separa un medico di medicina generale dagli altri profes-

sionisti. C'è quindi un vuoto legislativo da colmare per distinguere tra i professionisti in tema di Irap. Bisogna comunque tener presente che la questione è stata di recente rimessa alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione; non resta che attendere le decisioni che verranno prese".

Sulla questione interviene anche **Pina Onotri**, segretario generale Smi "Purtroppo le decisioni giudiziarie non sono uniformi e le conseguenze sono state quelle una miriade di interpretazioni da parte dell'Agenzia delle Entrate, a volte, arbitrarie, per non dire ingiuste. In molti casi, grazie ai ricorsi dello Smi, molte controversie si sono risolte positivamente, ma la strada giusta è quella di una nuova normativa chiarificatrice".

Come se non bastasse, anche i tecnici del MEF hanno recentemente sottolineato che "l'individuazione di ulteriori parametri qualitativi e quantitativi per definire la sussistenza di un'autonoma organizzazione (ai fini dell'imposizione Irap) può avvenire solo con un eventuale intervento normativo e non in via amministrativa".



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

Tra Mmg e informatori scientifici è una questione di fiducia

I rapporto fiduciario resta al centro della relazione tra medici di famiglia e ISF. È quanto rivelano i dati di una recente indagine del Centro Studi Fimmg secondo cui oltre l'80% dei Mmg è favorevole a un'informazione scientifica tradizionale e il 95% preferisce avere tali informazioni nel proprio studio

Rimane basata su un rapporto fiduciario la relazione tra Mmg e informatori scientifici del farmaco (ISF) nonostante i notevoli mutamenti di questi anni che hanno riguardato le nuove tecnologie e le modalità informative. Da un'indagine condotta dal Centro Studi della Fimmg, su un campione di 512 Mmg, emerge che rimane fortemente consolidata tra i Mmg l'abitudine di ricevere nel proprio studio gli ISF (solo un 5% dei medici riferisce di non riceverli), per accesso libero o per appuntamento. Oltre l'80% dei professionisti si dice favorevole a un'informazione scientifica tradizionale con visita in studio e alla frequenza di congressi e di convegni. Gli incontri per appuntamento sembrano essere preferiti al Nord (il 59% rispetto al 43% del Sud) e soprattutto dai Mmg che lavorano in gruppo (il 65% vs 36% del medico singolo). Quest'ultimo dato è probabilmente relativo alla migliore capacità organizzativa del gruppo, spesso dotato anche di personale di studio. Il numero degli accessi settimanali appare ancora consistente, con un dato medio di 6.5 accessi settimanali per medico. "Il quadro che ne risulta è quello di un Mmg orientato a non rinunciare a modalità gradite e consolidate per ricevere l'informazione sul farmaco - spiega **Paolo Misericordia**, responsabile del Centro studi della Fimmg - la visita dell'ISF in

studio appare ancora bene accettata e sostanzialmente preferita. Il medico sembra disponibile a ricevere online l'informazione sul farmaco, ma più restio a utilizzare per questo le modalità più avanzate dell'ICT, come quelle dei *social network*, pur se disponibili oramai a larghe fette della professione".

► L'informazione al centro della relazione

"Viene soprattutto segnalata l'esigenza di avere, da parte dell'ISF, informazioni utili per l'attività professionale - aggiunge - anche il rapporto basato sulla fiducia e sulle buone relazioni personali costituisce aspetto gradito al medico, maggiormente rispetto ad altre caratteristiche come la formazione professionale dell'ISF o l'azienda che l'ISF rappresenta". Il 58% del campione riferisce che ha ricevuto "qualche volta" (il 16% "spesso") l'invito a partecipare a un'informazione sul farmaco per via telefonica. Il giudizio che ne viene dato è negativo: la maggioranza dei medici pensa che non sia proficua dal punto di vista informativo, né che faccia risparmiare tempo. Un buon livello di accettazione hanno l'accesso a portali e servizi informativi offerti dalle aziende e le *newsletter* dedicate all'informazione medico-scientifica (giudizi positivi per oltre il 60% del campione).



I dati sull'Ecm non sono incoraggianti e fanno discutere

“Il 50% dei medici è in ritardo sull'obbligo formativo”. Questo dato, riferito durante il Convegno promosso da Consulcesi sulla formazione continua presso il Ministero della Salute, è stato foriero di discussioni e contrapposizioni. In particolare la FNOMCeO è scesa in campo contestando le modalità con cui è stato riferito

Al recente convegno sulla Formazione in Medicina promosso da Consulcesi, tenutosi al Ministero della Salute, ha fatto scalpore il dato sulla partecipazione dei medici ai corsi di Ecm: “Il 50% dei medici è in ritardo sull'obbligo formativo”. Dato la cui paternità è stata attribuita alla FNOMCeO. Il ministro Lorenzin, un po' perplessa al riguardo, aveva dichiarato che su quei dati avrebbe chiesto una verifica all'Agenas”. Prima che la verifica fosse avviata, una nota della FNOMCeO ha di fatto messo in discussione le modalità e i contenuti di quanto asserito al Convegno: “In merito ai dati sull'Ecm rilasciati da Consulcesi e ripresi da numerose testate giornalistiche - è paradossale e profondamente scorretto estrapolare parti di una video intervista e farla passare per un video messaggio rivolto ad un convegno a cui la Presidente **Roberta Chersevani** e il Segretario **Luigi Conte** non avevano aderito e dove non erano presenti”. “La questione è aggravata - continua la nota - dall'utilizzo di figure istituzionali per finalità commerciali e di autopromozione. Estrapolare dati frammentari, senza tenere conto del contesto in cui questi dati sono stati presentati, crea disorientamento e disagio nei professionisti della salute ed induce errate percezioni e preoccupazioni nei cittadini. La FNOMCeO diffida Consulcesi e chiunque altro ad utilizzare in modo improprio immagini e dati che la coinvolgono”.

► La risposta di Consulcesi

La risposta di Consulcesi è stata altrettanto perentoria: “Qualora i dati citati da FNOMCeO in più occasioni pubbliche e riportati dagli organi di stampa e riferiti durante l'incontro al Ministero della Salute non fossero in realtà corretti, saremo lieti di confrontarci sui dati reali, dando quindi un'informazione corretta ai medici e ai cittadini, appena questi fossero disponibili. Da parte nostra abbiamo contribuito alla tavola rotonda illustrando proposte e soluzioni per garantire una formazione di qualità e facilmente fruibile per la classe medica”. “La discussione, alla quale anche il Presidente Chersevani era stata ovviamente invitata - prosegue Consulcesi - si è tenuta al Ministero della Salute alla presenza di Beatrice Lorenzin, dell'ex Presidente del Consiglio Massimo D'Alema, di Pietro Bartolo, medico simbolo della candidatura di Lampedusa al Nobel per la Pace, dei delegati delle ambasciate di Francia e Stati Uniti e di molti altri esponenti della categoria ed è stata trasmessa in *streaming* in modo trasparente per tutti”. “Ci spiace non sia riuscita ad essere presente con noi - aggiunge **Massimo Tortorella**, presidente di Consulcesi Group -. Avremmo voluto, infatti, confrontarci anche con la Federazione sui nostri nuovi progetti formativi e sulla piattaforma che lega cinema e aggiornamento dei medici”.

Asl segnalano presunti iperprescrittori e la Corte dei Conti li assolve

Continuano le segnalazioni di presunte iperprescrizioni da parte delle Asl alla Corte dei Conti che sempre più spesso esitano in assoluzioni dei medici accusati. La Corte al riguardo parla chiaro: i giudici e i magistrati devono analizzare ricetta per ricetta, caso per caso, prescrizione per prescrizione e, eventualmente e solo successivamente, formulare sentenza di iperprescrizione. Roberto Carlo Rossi, Presidente regionale Snami Lombardia entra nel merito della questione

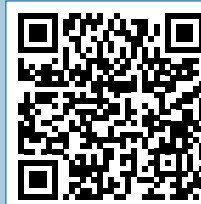
Le segnalazioni di presunte iperprescrizioni da parte delle Asl alla Corte dei Conti non si arrestano e intanto sono sempre più frequenti le assoluzioni dei camici bianchi. Nelle varie sentenze la Corte è esplicita: i giudici e i magistrati devono analizzare ricetta per ricetta, caso per caso, prescrizione per prescrizione e, eventualmente e solo successivamente, formulare sentenza di iperprescrizione. Insomma, non si può guardare al totale generale delle prescrizioni del singolo medico che, se troppo difforme dalla media, può essere accusato di danno erariale. "In altre parole - ci aiuta a capirne di più **Roberto Carlo Rossi**, Presidente regionale Snami Lombardia - i giudici e i magistrati non possono fare accertamenti solo teorici, nel senso che non possono giudicare l'operato prescrittivo complessivo di un medico a partire, per esempio, da poche prescrizioni sospette: bisogna contestare le singole prescrizioni sospette, e agire di conseguenza". "Con queste parole - sottolinea Rossi - la Corte dei Conti non fa che certificare quella che dovrebbe essere la normale civiltà giuridica: questi sono principi d'azione della magistratura sui quali non dovrebbero esserci dubbi".

► Libertà prescrittiva

"La cosa sorprendente e positiva - continua Rossi - sta nel fatto che anche quando le prove dei colleghi

non sono perfette, cioè non rispondono al 100% alle note prescrittive, la Corte dei Conti ha ribadito, già più volte, che il medico deve avere un certo grado di libertà prescrittiva". Annotazione non marginale questa da parte della Corte se si considera il polverone sollevato dal Decreto appropriatezza del ministro Lorenzin nei mesi passati. In altre parole la Corte sta dicendo che se nell'operato del medico c'è una ragionevole logica (ossia una fondatezza e una giustificazione dell'atto prescrittivo dal punto di vista scientifico), e questo comporta anche un lieve scostamento dalle note prescrittive, si può e si deve lasciare libertà prescrittiva al medico senza accuse di danno erariale.

"Altrimenti il medico non farebbe più il medico - conclude Rossi - basterebbe un computer, perché non bisognerebbe valutare paziente per paziente, caso per caso. Questo comportamento della Corte dei Conti mi fa giudicare bene l'operato dei magistrati, perché lanciano un messaggio di logica e flessibilità in un panorama, come quello italiano, troppo spesso fossilizzato intorno a posizioni rigide e irremovibili".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Roberto Carlo Rossi

Prescrizioni indotte: l'appello del vicesegretario Fimmg Roma

Secondo Alberto Chiriatti, vicesegretario Fimmg Roma, una maggiore presa di responsabilità da parte di tutti i professionisti della salute può essere un buon viatico per un problema che va assolutamente risolto. Malgrado gli accordi siglati ancora non c'è un utilizzo appropriato del ricettario regionale da parte dei medici ospedalieri

Uno dei problemi che affligge di più il medico di famiglia è quello della prescrizione indotta. Di solito si dice che solo il tempo dà le risposte e a quanto sembra, vista la ciclicità con cui ritorna sembra proprio non sia cambiato nulla. Così accade che ad ondate quasi regolari, qualcuno scoperchi il vaso di Pandora e tiri fuori quanto in esso contenuto. È toccato questa volta ad **Alberto Chiriatti**, vicesegretario Fimmg Roma. "Ognuno ha le sue responsabilità, i suoi scheletri nell'armadio, e non è mia intenzione attaccare i medici ospedalieri - esordisce Chiriatti, percependo le potenziali ripercussioni di queste sue parole - ma ho avvertito l'esigenza di tornare sul tema perché i nostri iscritti ci hanno additati come responsabili (almeno in parte) della mancata soluzione dell'annoso problema della prescrizione indotta. Ci tengo a dire che quanto possiamo fare lo stiamo facendo e l'abbiamo fatto".

Quasi come in un'aula di tribunale, Chiriatti mostra documenti risalenti agli ormai lontani 2002 e 2006 (accordi siglati con i direttori del policlinico di Tor Vergata e con quello del Policlinico Umberto I) nei quali si legge un impegno per un utilizzo appropriato del ricettario regionale

da parte dei medici ospedalieri. Il risultato più di quindici anni dopo? Un nulla di fatto se si pensa che, solo nel novembre 2014, il Policlinico Gemelli di Roma ha totalizzato 'ben' 14 ricette rosse.

► Un problema nazionale

Un problema che non nasce e si esaurisce nell'area della capitale ma che ha inevitabili ripercussioni a livello nazionale. Come la conseguenza più logica: il medico di famiglia risulta, a tutti gli effetti, il massimo ordinatore di spesa della sanità italiana. Quanto incide questo problema delle prescrizioni indotte da questo punto di vista? "Faccio un esempio - continua Chiriatti - un paziente cui viene prescritto un antipertensivo dal cardiologo riceverà dal medico di famiglia le successive prescrizioni. Il problema non è tanto il fatto che il medico di medicina generale sia il massimo ordinatore di spesa; questo è nella logica dei ruoli. Bisogna piuttosto focalizzare l'attenzione sulle prescrizioni non appropriate fatte dagli specialisti e, in particolare, quelle fatte su ricettario bianco che, mi spiace dirlo, sono ancora tantissime".

Senza contare il carico che va ad aggiungersi nel rapporto tra medico e paziente, perché una volta ricevuta la prescrizione dallo specialista, il cittadino non fa caso (giustamente dal suo punto di vista) al fatto che questa possa essere inappropriata e fatta su ricetta bianca: "e se noi facciamo notare qualcosa che non va in una prescrizione, l'ira del paziente ricade su di noi".

Nelle parole di Chiriatti non ci sono critiche dirette verso l'operato dei colleghi ospedalieri, ma un richiamo ad una maggiore presa di responsabilità da parte di tutti i professionisti della salute. E conclude: "chissà se tra 10 anni ripubblicheremo le stesse note sempre più vecchie, ma con analoghi risultati. Noi ci lavoriamo sopra, ci abbiamo sempre lavorato e ci lavoreremo. Aiutiamoci tutti in questa battaglia di civiltà e di deontologia, per noi e per il cittadino".



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

Telemedicina: il “vorrei ma non posso” dei medici italiani

Il 70% dei Mmg dichiara di non utilizzarne gli strumenti ma afferma, nello stesso momento, di essere molto interessato a poterlo fare. È quanto evidenziano i numeri dell'ultima ricerca svolta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano, e pubblicata in collaborazione con il Centro Studi Fimmg e con Doxapharma

Quando si parla di Telemedicina e di tecnologie dell'informazione e comunicazione l'interesse dei medici di famiglia è alto: strumenti di tele-salute, possibilità di tele-consulti con Medici Specialisti o con altri Mmg, prospettive di tele-visite ai pazienti, sono scenari non più così fantascientifici e desiderati da Torino a Bari, da Trieste a Palermo. Lo dicono i numeri dell'ultima ricerca svolta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano, e pubblicata in collaborazione con il Centro Studi Fimmg e con Doxapharma.

L'attenzione dei camici bianchi per gli strumenti sopra citati corre lungo tutta la penisola, e si evidenzia con una percentuale importante: ben il 70% dei colleghi dichiara di non utilizzare gli strumenti di Telemedicina ma afferma, nello stesso momento, di essere molto interessato a poterlo fare. Inoltre i Mmg ritengono che possano risultare particolarmente utili per la propria operatività le iniziative di condivisione dei dati assistenziali: per il 93% è rilevante per quanto riguarda

l'accesso e la condivisione di referti, verbali e indagini mentre per l'85% è importante la dematerializzazione vera della ricetta. 9 medici su 10 ritengono molto utile la possibilità di condividere soprattutto informazioni con gli specialisti del Ssn, con i reparti ospedalieri, con il pronto soccorso, ma anche tra gli stessi Mmg in vista delle future Aggregazioni Funzionali Territoriali. E allora ci si domanda come mai un interesse così diffuso non trova riscontro nella realizzazione e diffusione di strumenti e piattaforme necessarie per soddisfare queste esigenze? *M.D. Medicine Doctor* lo ha chiesto al prof. **Gianfranco Gensini**, presidente SIT - Società Italiana di Telemedicina: “credo che la radice di questo gap tra desideri dei medici e realizzazione di piattaforme digitali sul territorio sia da cercare nell'annosa difficoltà nell'individuare strumenti omogenei a livello nazionale da proporre a tutti i professionisti della salute. Negli anni abbiamo assistito a diversi esperimenti, anche interessanti in alcune regioni, ma spesso limitati, ai quali non si è dato un seguito sufficiente”.

Una mancanza tecnologica quindi quella sottolineata dal presidente SIT alla quale va aggiunta, però, una sensazione (concreta perché vissuta quotidianamente) dei medici; infatti, quando si chiede ai colleghi quali siano le barriere che impediscono l'adozione di strumenti di ICT (*Information & Communication Technology*) il *leitmotiv* pare essere quello culturale: circa un camice bianco su due testimonia una scarsa conoscenza delle potenzialità degli strumenti digitali o, più in generale, una limitata cultura digitale, fino a una mancanza di competenze nell'utilizzo degli strumenti o una difficoltà nell'identificare e valutare i benefici di questi dispositivi per poter decidere al meglio circa un investimento economico.

“L'alfabetizzazione digitale è ancora troppo poco diffusa - continua Gensini - si pensi semplicemente al fatto che ci troviamo in piena epoca di nativi digitali e si registrano differenze notevoli nella conoscenza di questi strumenti anche tra i più giovani. Tutto ciò proprio a causa di una carente omogeneità nella formazione e nella proposta di piattaforme digitali di facile utiliz-

zo e, come si dice, *user friendly*. L'aspirazione dei nostri colleghi nasconde quindi anche livelli di non conoscenza, e questo è forse l'elemento più negativo: la capacità di interagire con i sistemi informatici che si è sviluppata nei vari ambienti della sanità italiana è lontana da livelli ottimali e auspicabili".

Servirebbe quindi un'opera concertata tra i principali attori in gioco, dalle istituzioni agli sviluppatori di tecnologia: "noi della SIT stiamo discutendo con diversi interlocutori, dallo stesso Politecnico fino alla FNOMCeO e alla Società Italiana di Pedagogia Medica: l'obiettivo comune è quello di individuare le modalità migliori per

mettere in campo uno strumento formativo che possa essere, di volta in volta, articolato sia a livello curricolare che post-curricolare, nonché in funzione delle conoscenze di base di ciascun collega", conclude Gensini. Un'azione combinata e quanto mai utile (e auspicata dai medici stessi) per far sì che si possa colmare questo gap che, come mette in luce la ricerca del Politecnico, non è dovuto al poco interesse dei camici bianchi per questi strumenti, ma a un'incapacità a intraprendere un percorso per l'uso corretto della Telemedicina: "facciamo un solo esempio: anche nei corsi di laurea non esiste un'omogenea trattazio-

ne sull'utilizzo dei sistemi ICT per la gestione dei pazienti: non possiamo lasciare i medici da soli quando si tratta di fare passi così importanti per il fiorire di una nuova possibilità nel rapporto medico-paziente, soprattutto in un'epoca come la nostra dove questo rapporto è messo costantemente in discussione".



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

Ma la Lombardia va controcorrente: cresce l'eHealth negli studi dei Mmg

Grazie al progetto "Buongiorno CReG" la telemedicina nel 2015 è diventata pratica comune negli ambulatori di più di 70 medici e vanta una velocità di crescita del 101% l'anno. È quanto evidenziano i dati presentati a Milano dalla Fimmg in un recente convegno regionale su prevenzione, aderenza e appropriatezza terapeutica.

Per i medici di famiglia di Milano, Bergamo e Como che dal 2011 hanno aderito al progetto "Buongiorno CReG" l'eHealth non è più una sperimentazione. Promossa nel 2013 (con meno di 250 prestazioni registrate), la telemedicina nel 2015 è diventata pratica comune negli ambulatori di più di 70 medici e vanta una velocità di crescita del 101% l'anno. I dati sono stati presentati a Milano ai medici della Fimmg in occasione di un convegno regionale dedicato alla prevenzione, all'aderenza e all'appropriatezza terapeutica e riguardano le cooperative di Mmg che hanno aderito nel 2011 al progetto "Buongiorno CReG" (IML Bergamo e Melegnano, CMM -MI e Mmg CReG in collaborazione con Telbios).

Un trend in controtendenza per la Lombardia rispetto ai numeri presentati dal Centro Studi Fimmg dove la telemedicina viene utilizzata dal solo 2% dei medici di famiglia italiani.

"Inizialmente le prestazioni di telemedicina erano destinate

a soddisfare le necessità dei pazienti cronici inseriti nella sperimentazione regionale CReG (elettrocardiogramma, spirometria e l'emoglobina glicata) - spiega **Fiorenzo Corti**, segretario regionale di Fimmg Lombardia - oggi i pazienti 'non CReG' rappresentano circa un terzo dei pazienti che fanno esami strumentali presso lo studio del proprio medico e il trend è in deciso aumento: la sperimentazione ha quindi tirato la volata dell'innovazione anche nella pratica quotidiana dei medici di famiglia".

Le prestazioni di telemedicina attese per il 2016 sono circa 3.750. Il dato di previsione tiene conto dell'aumento del numero di pazienti cronici presi in carico dai medici lombardi nel 2016, dei dati storici 2013-2015 e di quelli delle prestazioni registrate nel primo quadrimestre dell'anno nonché delle nuove iniziative di telemedicina e telemonitoraggio messe in atto dalle stesse cooperative. "Con l'installazione di nuove postazioni di telemedicina in provincia di Milano, Varese, Lecco, Monza e Sondrio, in seguito all'allargamento della sperimentazione CReG pensiamo che entro la fine dell'anno saranno a disposizione dei pazienti almeno altre 50 postazioni di telemedicina" conclude Corti.

La ricetta digitale avanza, anche se alcune Regioni ne rallentano il cammino

Nel nostro Paese quasi l'80% delle prescrizioni avviene già con la ricetta online. Il dato, però, si ridimensiona se si considera l'intera media nazionale che si attesta al 75.3%. Ad abbassarla, sono i ritardi della Calabria e della Provincia autonoma di Bolzano

S secondo i dati delle ultime rilevazioni (riferite al mese di marzo) di Promofarma, la società di servizi informatici di Federfarma, pubblicati sul sito del sindacato delle farmacie private, l'utilizzo della prescrizione dematerializzata è in decisa crescita all'interno del Ssn e nelle Regioni dove l'addio alle ricette cartacee è già avvenuto, copre quasi l'80% delle prescrizioni, con un aumento di oltre sei punti sulla rilevazione di gennaio (dal 72 al 78.5%).

Il dato, però, si ridimensiona se si considera l'intera media nazionale, che si ferma al 75.3%. Ad abbassarlo, sono i ritardi della Calabria e della Provincia autonoma di Bolzano, dove ancora le ricette viaggiano soltanto su carta.

In Calabria, Federfarma e amministrazione regionale avevano firmato però proprio a marzo un protocollo che prometteva l'avvio della dematerializzazione a partire da fine aprile, primi di maggio; a Bolzano, invece, i piani della Provincia per la digitalizzazione (accelerati a causa di un'improvvisa carenza di ricettari rossi) fissavano la partenza dai primi di maggio, a cominciare dai comprensori di Bressanone e Brunico.

► I motivi del ritardo

Ma purtroppo in entrambi i territori si è verificata una falsa partenza, anche se per ragioni diverse, come riferisce il sito di Federfarma:

in Calabria "si sono messi di mezzo i medici di famiglia, che non hanno trovato l'intesa con l'assessorato alla Salute sugli incentivi all'informatizzazione" scrive infatti il sindacato dei titolari. "A Bolzano invece sono emerse difficoltà tecniche nel collegamento in rete delle farmacie, e così la Provincia - che nel frattempo aveva rinnovato le scorte di ricettari - si è fatta sempre più fredda". In entrambi i casi, le farmacie avevano già iniziato la formazione del personale e, se la teoria non verrà seguita rapidamente dalla pratica, tra qualche mese "si dovrà ricominciare tutto daccapo". Nel resto del Paese le cose vanno decisamente meglio: secondo i dati rilevati da Promofarma, a marzo la ricetta digitale rappresenta ormai più del 60% delle prescrizioni in tutte le Regioni in cui è partita la dematerializzazione. Qualche dato di dettaglio: in Liguria, dove a gennaio si era poco sopra il 41%, è stata superata la soglia del 65%; nelle Marche si è passati dal 55 al 67%, in Abruzzo dal 56 al 69%, in Friuli Venezia Giulia dal 57 al 64%, in Sardegna dal 58 al 69%. Qualche novità si registra anche sul podio delle Regioni più virtuose in materia di dematerializzazione: in testa c'è sempre il Veneto (dall'88.5 di gennaio all'89.5% di marzo), al secondo posto sale la Campania (dall'87.7 all'89.3%) e al terzo scende la Provincia autonoma di Trento (dall'88 all'89.1%).



AGGIORNAMENTI



■ ANDROLOGIA

Progetti di screening andrologici per gli adolescenti

■ CARDIOLOGIA

Nuove linee guida europee sullo scompenso cardiaco

■ GASTROENTEROLOGIA

Opinione degli esperti sulla sicurezza di rifaximina nella IBS

■ NEFROLOGIA

Percorsi di prevenzione della malattia litiasica

■ NEUROLOGIA

Malattia di Alzheimer tra presente e prospettive future

■ NUTRIZIONE

Malnutrizione negli anziani e riduzione della mortalità

■ PNEUMOLOGIA

Rallentare la progressione della fibrosi polmonare idiopatica

■ ANDROLOGIA

Progetti di screening andrologici per gli adolescenti

Circa la metà degli adolescenti italiani ha almeno un problema andrologico di gravità variabile, potenziale anticamera dell'infertilità maschile, che nel nostro Paese è in costante aumento. L'80% dei problemi andrologici si sviluppa infatti in età pediatrica, che potrebbero essere evitati con interventi preventivi. Il tema è stato affrontato nel corso del XXXII Congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia (Stresa, 28/31 maggio 2016).

"Le anomalie e le patologie dell'apparato genitale negli adolescenti e nel giovane adulto per motivi storici e culturali spesso non vengono

intercettate. La loro frequenza è molto elevata da quando in Italia è stata abolita la visita di leva", spiega **Giuseppe La Pera**, andrologo, Ospedale San Camillo, Roma.

"Gli attuali dati mostrano che la maggior parte dei ragazzi fra i 15 e i 19 anni ha una qualche problematica all'apparato genitale, soprattutto varicocele, fimosi e alcune patologie di tipo disfunzionale (disfunzione erettile o eiaculazione precoce). In questa fascia di età le problematiche sono complicate dal fatto che i genitori perdono il controllo e che i ragazzi non sanno a chi rivolgersi per risolverle, rischiando di trovare persone o soluzioni sbagliate, con il

rischio anche di essere 'schiacciati' dai coetanei. I nostri dati segnalano che il 35% dei ragazzi diventati tossicodipendenti aveva un primitivo problema sessuale, in particolare di eiaculazione precoce".

► Proposte

"Questi dati richiedono un forte impegno delle istituzioni per un programma di prevenzione andrologica. In attesa di risposte politiche, alcune iniziative possono però essere messe in pratica già da subito. Per esempio un recente progetto pilota di screening durato circa un anno e condotto nelle scuole e con il coinvolgimento dei medici di famiglia, tramite una visita andrologica gratuita, ha coinvolto circa 600 adolescenti. Con l'occasione è stata fatta anche una campagna educativa, spiegando l'importanza della prevenzione e i rischi connessi alle diagnosi tardive. Ben il 56% dei ragazzi aveva una o più patologie dell'apparato genitale. Quelle più frequenti sono state il varicocele e i disturbi di scorrimento del prepuzio, presenti rispettivamente nel 30% e nell'8-9% dei giovani. A tutti i ragazzi è stata insegnata l'autopalpazione per la prevenzione del cancro del testicolo".

Raccomandazioni per salvaguardare la fertilità degli adolescenti

- Eseguire i controlli previsti per individuare precocemente eventuali patologie congenite e poterle trattare adeguatamente prima che provochino danni
- Prestare massima attenzione all'abuso di sostanze e doping sportivo
- Mantenere uno stile di vita sano: con una alimentazione equilibrata e attività sportiva. Fin dall'infanzia l'obesità è pericolosa per la salute sessuale
- Evitare l'eccesso di calore a livello scrotale. Anche quello di un PC appoggiato sulle gambe provoca un aumento della temperatura che può essere dannoso.
- Preferire indumenti intimi di cotone ed evitare i pantaloni con il cavallo stretto.
- Limitare, per quanto possibile, l'esposizione agli inquinanti. L'inquinamento, di qualsiasi tipo, da quello dell'aria a quello degli alimenti, incide sul danno testicolare e quindi sulla produzione ormonale e dell'uomo.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Giuseppe La Pera

■ CARDIOLOGIA

Nuove linee guida europee sullo scompenso cardiaco

Disponibili le nuove linee guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico, presentate nel corso del congresso Heart Failure 2016/3rd World Congress on Acute Heart Failure di Firenze (21-24/5/2016) e pubblicate sull'*European Heart Journal*.

Il nuovo documento sottolinea l'importanza di un inizio tempestivo della cura, che deve andare verso soluzioni terapeutiche sempre più personalizzate con l'obiettivo di fornire a ogni paziente il trattamento più appropriato per le sue specifiche condizioni cliniche. Nelle nuove linee guida sono presenti anche nuove raccomandazioni per trattare in modo più efficace le comorbidità che aumentano il rischio di scompenso cardiaco, dall'ipertensione al diabete mellito, all'ipercolesterolemia nei soggetti a rischio elevato di malattia aterosclerotica. "La nuova edizione delle Linee Guida conferma anche quanto sia fondamentale una regolare e controllata attività fisica aerobica per uno standard di cura ottimale", ha sottolineato il professor PierGiuseppe Agostoni, coordinatore Area Cardiologia Critica del Centro Cardiologico Monzino di Milano.

► Topics

Di seguito segnaliamo alcuni dei topics del documento.

- È stata inserita una nuova classe di scompenso cardiaco con frazione d'eiezione ventricolare sinistra di grado medio (*HFmrEF, mid-range ejection fraction*), compresa tra il 40% e il 49%. Si tratta di una categoria situata a metà tra lo scompenso cardiaco a ridotta frazione d'eiezione (HFrEF), che è quello con frazione d'eiezione ventricolare sinistra inferiore al 40%, e lo scompenso cardiaco con frazione d'eiezione preservata (HFpEF), cioè superiore al 50%. "Al momento - commenta Piotr Ponikowski, direttore della Task Force che ha redatto le linee guida, - non si dispone di trattamenti evidence-based per i pazienti con frazione d'eiezione dal 40% in su, anche se molti pazienti ricadono nella categoria 'mid-range'. Questo dovrebbe essere di stimolo alla ricerca di nuovi trattamenti".
- Il concetto di "tempo è muscolo", adottato nelle sindromi coronariche, viene per la prima volta introdotto anche per lo scompenso cardiaco e invoca diagnosi tempestiva e tempestivo trattamento. Lo

scompenso cardiaco è una condizione che dura per tutta la vita e una precoce terapia è in grado di prevenire il danno d'organo.

- È stato introdotto un nuovo algoritmo per la diagnosi dello scompenso cardiaco che riguarda l'inquadramento dei quadri non acuti e che si basa sulla valutazione della probabilità di scompenso cardiaco. È pensato principalmente per medici di famiglia e altri specialisti non cardiologi che si trovano a trattare pazienti che potrebbero essere affetti dalla patologia: aiuta ad escludere la presenza di questa condizione e a comprendere quando sia necessario prescrivere ulteriori test.
- Scompare la ventilazione servo-adattativa dopo che lo studio SERVE-HF ha dimostrato che, nei pazienti con HFrEF e apnee da sonno centrali, aumenta la mortalità.
- In tema di prevenzione e/o ritardo della comparsa di scompenso cardiaco e al fine di prolungare la sopravvivenza, viene raccomandato un attento trattamento dell'ipertensione e la somministrazione di statine nei soggetti ad elevato rischio di malattie coronariche.

Bibliografia

- 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the HFA of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2016; doi: 10.1002/ehf.592.

■ GASTROENTEROLOGIA

Opinione degli esperti sulla sicurezza di rifaximina nella IBS

Rifaximina, antibiotico ben conosciuto dalla classe medica e autorizzato per la prima volta in Italia nel 1985, è approvato in oltre trenta Paesi per diverse indicazioni gastrointestinali. È anche di recente approvazione (2015) da parte del FDA per la sindrome dell'intestino irritabile (IBS). Grazie al suo ampio spettro d'azione, la ricerca e l'approfondimento delle sue potenzialità terapeutiche è in continuo divenire.

Già diversi studi e metanalisi ne hanno dimostrato l'efficacia nell'indurre sollievo dai sintomi globali e dal gonfiore addominale in pazienti con sindrome dell'intestino irritabile, una condizione clinica che spesso non risponde ai trattamenti disponibili e che è tra le più frequenti cause di ricorso al medico per patologia gastroenterologica.

Un recente expert opinion di ricercatori italiani ha confermato anche la sicurezza d'uso di rifaximina nella IBS (Ponziani FR et al. *Expert Opin Drug Saf* 2016 May 5).

► Revisione della letteratura

In questa revisione sistematica della letteratura gli autori hanno effettuato un'estesa ricerca di pubblica-

zioni sul tema, inclusi studi che hanno considerato l'attività della rifaximina nel colon irritabile, oltre che la sicurezza della molecola.

La sindrome dell'intestino irritabile è un disordine gastrointestinale funzionale con una eziologia multifattoriale e, come viene illustrato nella expert opinion, diversi meccanismi contribuiscono al suo sviluppo: non solo alterazioni della motilità intestinale e dell'immunità, interazioni intestino-cervello, ma anche disbiosi della flora intestinale. Infatti l'esistenza di anomale fermentazioni nel colon in pazienti con IBS e il fatto che i sintomi vengano alleviati dall'eradicazione della sovracrescita batterica mediante terapia antibiotica suggeriscono la presenza di profonde modificazioni nella composizione del microbiota intestinale in questa patologia. Pertanto, la modulazione del microbiota intestinale da parte di antibiotici non assorbibili è una opzione terapeutica nei pazienti con IBS e la molecola antibiotica ottimale dovrebbe agire localmente, con un'azione prolungata ed effetto sicuro.

Rifaximina è un antibiotico non sistemico dotato di un ampio spettro d'azione nei confronti di batteri Gram-positivi e Gram-negativi, ae-

robi e anaerobi, con attività antinfiammatoria e modulante della flora intestinale, che risponde a queste caratteristiche.

Risulta efficace nel determinare un significativo miglioramento dei sintomi dell'IBS, anche dopo ripetuti cicli di assunzione. Gli effetti collaterali correlati al suo utilizzo nell'IBS sono segnalati come lievi e infrequenti; la resistenza microbica risulta rara e transitoria per l'elevata concentrazione locale del farmaco e l'assenza di trasmissione orizzontale.

L'infezione da *Clostridium difficile* non è abituale in pazienti trattati con rifaximina in assenza di condizioni suscettibili di malattia, che però non sono comuni in pazienti con IBS (per esempio pazienti ospedalizzati o immunosoppressi). Tuttavia, rifaximina è un antibiotico attivo contro le infezioni da *Clostridium difficile*. In pazienti con funzione epatica nella norma l'uso dell'antibiotico non interferisce con il metabolismo dei farmaci e inoltre presenta limitate interazioni metaboliche. Tali peculiarità, concludono gli autori, rendono rifaximina un antibiotico sicuro per la modulazione del microbiota intestinale in pazienti affetti da IBS.

Bibliografia

- Ponziani FR et al. *Expert Opin Drug Saf* 2016; 23: 1-9
- Menees SB et al. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 28-35
- Pimentel M et al. *NEJM* 2011; 364: 22-32
- Tack J. *NEJM* 2011; 364: 81-2
- Maukonen J et al. *J Med Microbiol* 2006; 55: 625

NEFROLOGIA

Percorsi di prevenzione della malattia litiasica

La naturale tendenza recidivante della calcolosi urinaria (circa il 50% a due anni dall'evento) determina costi individuali e sociali derivanti dalla spesa diretta - dalla clinica e dai necessari provvedimenti diagnostici e terapeutici - e indiretti. È chiaro che individuare la cause della formazione dei calcoli e quindi della recidività è certamente importante ai fini di una guarigione definitiva dell'affezione. Circa l'80% dei calcoli renali contiene calcio, e di questi circa l'80% è formato da ossalato di calcio, in forma pura o associata a fosfato di calcio. Si può quindi affermare che nella maggior parte dei casi (65% circa) i calcoli renali sono formati da concentrazioni importanti di ossalato di calcio.

"Su queste basi c'è una esigenza profonda di impostare un percorso di prevenzione sia nei soggetti a rischio di malattia primaria sia in quelli a rischio di recidive" - dichiara a **M.D. Tullio Lotti**, Emerito di Urologia, Università Federico II di Napoli, nonché Presidente dell'Associazione Urologica per la Calcolosi. In letteratura non vi è consenso unanime in merito all'efficacia della dieta e delle rac-

comandazioni dietetiche in pazienti con calcoli urinari. La nostra associazione ha dato vita a gruppi di studio multidisciplinari che hanno indagato su quanto con l'alimentazione si possano correggere quelle alterazioni metaboliche che sono alla base della formazione dei calcoli e, ancor di più, delle recidive.

► Indicazioni

Dalla ricerca sistematica dalla letteratura abbiamo ottenuto delle informazioni riguardo alle sostanze che andrebbero consigliate ai pazienti per bloccare i momenti litogeni (Prezioso D et al. *Dietary treatment of urinary risk factors for renal stone formation. Arch Ital Urol Androl* 2015; 87: 105-20).

Ogni paziente con nefrolitiasi dovrebbe essere sottoposto a una valutazione appropriata sulla base della composizione del calcolo renale. Indipendentemente dalla causa sottostante alla malattia - si legge nel documento - il pilastro della gestione conservativa è dato dall'aumento forzato dell'assunzione di liquidi per ottenere una produzione di urina pari a 2 litri/die.

• Ipercalciuria. La novità più inte-

ressante riguarda il calcio: ridurre fortemente i prodotti contenenti calcio potrebbe addirittura essere controproducente. Una dieta con un contenuto di calcio ≥ 1 g/die (a basso contenuto di sodio e proteine) potrebbe essere addirittura protettiva. Inoltre una dieta moderatamente iposodica è utile per limitare escrezione urinaria di calcio e, quindi, può essere interessante per la prevenzione della nefrolitiasi. Un apporto proteico normale o ridotto è in grado di diminuire la calciuria e potrebbe essere utile nella prevenzione dei calcoli.

• Iperossaluria. Una dieta povera di ossalato e/o assunzione di calcio da normale ad elevata (800-1200 mg/die) ha dimostrato di ridurre l'escrezione urinaria di ossalato. Una restrizione dell'apporto proteico ha determinato una riduzione dell'escrezione urinaria di ossalato anche se una alimentazione vegetariana può essere responsabile di un aumento dell'ossalato eliminato nelle urine.

"Gli studi e la ricerca continuano - conclude il Prof. Lotti. Stiamo conducendo uno studio per individuare specifiche diete cliniche finalizzate alla prevenzione primaria e secondaria".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a **Tullio Lotti**

■ NEUROLOGIA

Malattia di Alzheimer tra presente e prospettive future

La malattia di Alzheimer è una delle grandi patologie cronicodegenerative che assorbe risorse, sottrae tempo, intacca salute e prospettive di lavoro dei caregiver. Lo confermano anche i dati della terza ricerca del Censis con l'AIMA (Associazione Italiana Malattia di Alzheimer): i costi diretti dell'assistenza in Italia ammontano a oltre 11 miliardi di euro, di cui il 73% a carico delle famiglie. Il costo medio annuo (costi diretti e indiretti) per paziente è superiore a 70mila euro. Le famiglie si fanno carico delle attività di cura e sorveglianza: solo il 56.6% dei pazienti è seguito da una struttura pubblica, mentre il 38% delle famiglie deve ricorrere a una badante. Di fronte a un impatto sempre meno sostenibile, è l'intero modello assistenziale che andrebbe ripensato, potenziando la rete dei servizi e prevedendo interventi a sostegno del malato e dei caregiver.

Accanto a questo approccio sinergico, un ruolo cruciale lo potrebbe avere la ricerca, poiché la scoperta di un farmaco, capace di ritardare di soli 5 anni lo stato di perdita dell'autosufficienza del paziente, avrebbe un impatto significativo sui costi. È l'indicazione su cui concordano

decisori istituzionali, specialisti e rappresentanti di pazienti e famiglie che si sono confrontati a Roma in occasione del corso "Malattia di Alzheimer, cronaca di un'epidemia sociale. Tra terapie e assistenza, oltre i luoghi comuni".

► La ricerca farmacologica e diagnostica

Nonostante siano in corso molti studi e siano stati compiuti significativi passi avanti nella ricerca farmacologica, ancora non abbiamo una cura in grado di modificare la storia naturale della malattia: a questo obiettivo mirano le cosiddette terapie "sperimentali" - messe a punto e studiate da diverse aziende farmaceutiche - come quelle che agiscono direttamente sui meccanismi coinvolti nell'accumulo di beta-amiloide. "Il contributo della ricerca è rivolto alla identificazione di farmaci che blocchino o rallentino la malattia" sottolinea il Prof. **Paolo Maria Rossini**, Direttore dell'Istituto di Neurologia del Policlinico "Gemelli" di Roma. "Ricordiamo che l'Alzheimer è una patologia multifattoriale, e i ricercatori lavorano su molteplici filoni con molecole che possano contrastare

la beta-amiloide, la proteina Tau, i processi di ossidazione, i metalli pesanti come il rame libero. Alla fine, non avremo un singolo farmaco ma un cocktail di farmaci orientati verso potenziali bersagli. Il punto cruciale però è un altro: serve un cambio di paradigma nell'identificare i potenziali malati. Questa malattia si instaura almeno vent'anni prima della comparsa dei sintomi iniziali, e il cervello riesce a contrastarla per lungo tempo".

Per la diagnosi precoce servono indagini sofisticate, possibili in centri di eccellenza ma non alla portata di tutti: ad una batteria completa di test neuropsicologici va abbinata una serie di valutazioni strumentali: misurazione del volume ippocampale e dello spessore della grigia tramite MRI dedicata, SPECT/PET per lo studio di flusso/metabolismo locoregionale, valutazione dei rischi geneticamente determinati laddove indicato (ApoE ecc.), dosaggio dei metaboliti di beta-amiloide e proteina tau nel liquor, dosaggio della quota di rame libero nel siero, studio della 'connettività' cerebrale tramite fMRI ed EEG, valutazione della quota di placche amiloidee con PET dopo iniezione di radioligandi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Paolo Maria Rossini

■ NUTRIZIONE

Malnutrizione negli anziani e riduzione della mortalità

Parlare oggi di malnutrizione per difetto potrebbe apparire quasi un ossimoro, visto l'epidemia di obesità, sovrappeso e diabesità che affligge i Paesi occidentali. Tuttavia, tale condizione è molto frequente soprattutto nei soggetti anziani. L'anziano perde peso, soprattutto massa muscolare e diversi studi hanno evidenziato che la malnutrizione può peggiorare gli esiti clinici, inclusa una maggiore probabilità di complicanze, riammissione ospedaliera e morte. Dati più aggiornati segnalano che al momento del ricovero in ospedale circa 1 anziano su 2 risulta malnutrito. Al fine di prevenire tale condizione le raccomandazioni attuali sono quelle di incrementare l'apporto proteico quotidiano, tuttavia in questa coorte di pazienti risulta difficile aumentare l'intake proteico con la dieta e un approccio importante è quello della nutrizione clinica.

Nel corso del primo congresso della SINuC (Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo, Roma 8/10.6.2016) sono stati presentati i risultati del trial NOURISH (Deutz E et al. Nutrition effect On Unplanned Readmissions and Survival in Hospitalized patients. *Clinical Nutrition* 2016; 35: 18-26) un'ampia ricerca cli-

nica metodologicamente corretta. L'obiettivo era di valutare l'impatto di una supplementazione nutrizionale orale con un prodotto ad alto contenuto proteico (20 g) e contenente HMB, un derivato dell'aminoacido leucina, che si trova naturalmente nelle cellule muscolari e vitamina D, sulla prognosi di anziani malnutriti affetti da malattie croniche.

Lo studio è stato illustrato a *M.D.* dal Prof. **Alessandro Laviano**, Associato di Medicina Interna, Dipartimento di Medicina Clinica, Sapienza Università di Roma.

► Lo studio NOURISH

"In NOURISH, studio prospettico, randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo la popolazione *intention to treat* ha incluso 622 pazienti età ≥ 65 anni, malnutriti, ricoverati in ospedale da max 72 ore per patologie cardiache o polmonari.

I pazienti sono stati randomizzati (1:1) a ricevere, oltre la terapia standard of care, HP-HMB (supplemento nutrizionale pronto da bere con 350 kcal, 20 g proteine, 11 g di grassi, 44 g di carboidrati, 1.5 g calcio-HMB, 160 UI di vitamina D e altri micronutrienti essen-

ziali) o placebo, 2 volte/die durante il ricovero e nei successivi 90 giorni post-dimissione.

► Risultati

Lo studio ha dimostrato che la supplementazione con HP-HMB ha indotto una riduzione significativa del tasso di mortalità, che a 90 giorni post-dimissione è risultato ridotto del 50%. I tassi di riammissione in ospedale sono risultati simili tra i due gruppi.

Sono segnalati miglioramenti di altri esiti clinici, peso corporeo, stato nutrizionale e livelli di vitamina D, a 30 e 60 giorni dopo la dimissione ospedaliera, e miglioramenti continui in termini di peso corporeo e stato nutrizionale a 90 giorni per il gruppo che assumeva il supplemento nutrizionale orale. Un altro dato significativo emerso da una stima post hoc è che il NNT per prevenire un decesso è pari a 20.3. I risultati di questo studio possono cambiare la pratica clinica: nei soggetti anziani malnutriti l'integrazione con l'intervento nutrizionale risulta utile non solo per migliorare lo stato nutrizionale ma soprattutto per migliorare la prognosi clinica" - conclude Laviano.



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

■ PNEUMOLOGIA

Rallentare la progressione della fibrosi polmonare idiopatica

Una buona notizia per i pazienti affetti da fibrosi polmonare idiopatica (FPI): nintedanib (un inibitore di tirosin chinasi a piccola molecola che ha dimostrato di rallentare la progressione di malattia) ha ottenuto la rimborsabilità anche in Italia.

La FPI è definita come una forma specifica di polmonite interstiziale fibrosante ad eziologia sconosciuta, con andamento cronico e progressivo, tanto che a tre anni di osservazione il tasso di sopravvivenza è del 50%. "Questa grave patologia è caratterizzata da flogosi e formazione di tessuto cicatriziale fibrotico, che diventa inefficace per gli scambi gassosi. Dal punto di vista clinico comporta difficoltà respiratoria in primis sotto sforzo e in seguito anche a riposo - spiega a *M.D.* **Alberto Pesci**, Direttore Clinica di Pneumologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, ASST di Monza e Brianza. Colpisce prevalentemente soggetti adulti con età >50 anni (età media 65 anni), si stima che nel nostro Paese ne siano affette circa 15.000 persone, con un'incidenza di circa 4.500 nuovi casi/anno. Si manifesta con sintomi aspecifici, quali tosse secca e dispnea da

sforzo e ad oggi si conoscono alcuni fattori di rischio, tra cui fumo e reflusso gastroesofageo. Essendo considerata una malattia rara sono pochi i centri dedicati alla FPI e il ritardo medio dal primo sintomo alla diagnosi è di circa 3 anni, anni persi per impostare eventuali trattamenti. La diagnosi è fondamentalmente fondata sulla HRCT, che permette di vedere delle immagini precise riconducibili alla patologia e solo in pochi casi sono necessarie le biopsie polmonari".

► Arsenale terapeutico

Con la disponibilità di nintedanib l'arsenale terapeutico a disposizione dei clinici si è così arricchito, perché il nuovo farmaco si affianca a pirfenidone, una piccola molecola che inibisce la sintesi di TGF-beta e TNF-alfa, disponibile da tre anni. Nintedanib che ha come bersaglio tre recettori dei fattori di crescita che hanno dimostrato di essere potenzialmente coinvolti nella patogenesi della malattia. Si ritiene che nintedanib, bloccando queste vie di passaggio dei segnali coinvolte nei processi fibrotici, rallenti il declino della funzionalità polmonare del 50% e la progressione

della malattia. Ma non solo, negli studi nintedanib appare in grado di ridurre del 47% il rischio di esacerbazioni acute (fasi accelerate) della malattia, eventi clinici di tale gravità da essere spesso fatali.

Una peculiarità di nintedanib è quella di poter trattare pazienti con malattia ancora in una fase precoce dove, probabilmente, intervenendo in modo tempestivo, si può ottenere un miglioramento della prognosi. AIFA ha riconosciuto la possibilità di utilizzarlo anche nei pazienti gravi permettendo di reclutare un'altra porzione di persone, che altrimenti non potrebbe essere trattata adeguatamente.

"In questo momento abbiamo dunque a disposizione due farmaci efficaci nel trattamento della malattia, con meccanismi diversi e quindi con potenzialità di associazione - conclude Pesci. Sono infatti in corso studi volti a valutare se l'associazione dei due farmaci possa migliorare la prognosi di malattia".

Bibliografia

- J Pharmacol Exp Ther 2014; 349:209-20.
- Drugs 2015; 75: 1131-40.
- Raghu G, Kreuter M, Abs ATS. San Francisco 13-18/5 2016.



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



Per il medico sempre aggiornato:
news, informazioni e approfondimenti
dal mondo clinico e professionale

Registrati online

www.md-digital.it



Up to date in Medicina d'Urgenza e in Cardiologia: ambiti gestionali e protocolli operativi della "Cardiomiopatia Takotsubo"

ABSTRACT

Takotsubo cardiomyopathy is a syndrome characterized by acute regional systolic dysfunction of the left ventricle, frequently related to psycho-physical acute stress, and usually reversible. This syndrome involves more often the female sex with the highest frequency of occurrence between the seventh and eighth decade of life.

Etiology has not been clarified yet and several hypotheses have been postulated: has been studied in particular the role of epicardial coronary spasm, microcirculation dysfunction mediated by the sympathetic nervous system, myocardial stunning caused by catecholamines and ventricular outflow obstruction.

Clinical presentation is not easy to distinguish from an acute coronary syndrome: chest pain at rest or dyspnea,

new-onset electrocardiographic changes, characterized by ST-segment elevation or T-wave inversion. Coronary angiography, which should be performed within 48 h of symptom onset in order to be diagnostic, excludes the presence of significant atherosclerotic stenosis or plaque rupture. Ventricular angiography shows the typical regional wall motion abnormalities (apical akinesia and hyperkinesia of the mid-basal segments) that give to the syndrome its name (takotsubo is a traditional Japanese octopus trap or pot). Echocardiography performed in the acute phase also evidences wall motion abnormalities that characteristically regress in the following days. There is no specific treatment for this syndrome, but supportive and symptomatic therapy is usually administered.

a cura di: **Pasquale De Luca¹** con la collaborazione di

Antonio De Luca², Vito Sollazzo², Antonio Manfrini³, Tommaso Langialonga⁴, Massimo Errico⁵, Riccardo Ieva⁶, Gianluigi Vendemiale⁷

► Caso clinico

Una donna di 61 anni, con anamnesi cardiologica muta, senza alcuna terapia cronica domiciliare, recente stress familiare e rilevante stato depressivo (la paziente riferisce qualche ora prima un brusco litigio con l'ex marito, con il quale sta affrontando da sei mesi una storia di sepa-

razione), si è presentata al Pronto Soccorso in seguito alla comparsa da circa un'ora di dolore retrosternale oppressivo, irradiato al giugulo, a carattere crescente di intensità, associato a dispnea e a diaforesi.

L'esame obiettivo documentava lieve dispnea, toni cardiaci validi e in successione ritmica, soffio sistolico 2/6 Freeman-Levine puntale, murmure vescicolare fisiologico senza segni di congestione polmonare né di broncospasmo, non edemi declivi, addome trattabile e senza punti dolenti; la pressione arteriosa era 120/70 mmHg, la glicemia 103 mg/dl e la SO₂ in aria ambiente 98%. Gli esami ematochimici hanno permesso di rilevare solo un minimo movimento troponinico. L'ECG mostrava ritmo sinusale, frequenza cardiaca 88 bpm, tratto ST sopraslivellato di

0.5 mm in sede laterale alta e 1 mm in sede anterosettale (V₁-V₃) con minimo aspetto speculare inferiore; tale sopraslivellamento è stato transitorio (< 10 minuti), con rapido ritorno all'isoelettrica del tratto ST e con scomparsa dei sintomi già in Pronto Soccorso, dopo somministrazione di nitrati e.v. e ASA. L'ecocardiogramma eseguito in Pronto Soccorso ha evidenziato: ventricolo sinistro di dimensioni ai limiti superiori (DTD 55 mm), spessori nei limiti, estesa akinesia e rigonfiamento aneurismatico "a pallone" (cioè aspetto globoso) dell'apice del ventricolo sinistro, con ipercinesia compensatoria dei segmenti basali e frazione di eiezione del 35%; radice aortica nei limiti della norma; insufficienza mitralica lieve e sezioni destre ai limiti superiori (PAPs 32 mmHg); pericardio indenne.

¹ Dirigente Medico S.C. Pronto Soccorso Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

² Dirigente Medico S.C. Cardiologia-UTIC Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

³ Direttore S.C. Pronto Soccorso e DEA

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

S. Giovanni Rotondo (FG)

⁴ Direttore S.C. Cardiologia-UTIC-Emodinamica

Ospedale "Miulli" Acquaviva delle Fonti (BA)

⁵ Direttore S.C. Medicina Interna

Ospedale "Miulli" Acquaviva delle Fonti (BA)

⁶ Dirigente Medico Istituto di Clinica Cardiologica

- Policlinico di Foggia AOU "Ospedali Riuniti"

⁷ Direttore Istituto di Clinica Medica

Policlinico di Foggia AOU "Ospedali Riuniti"

La paziente è stata quindi ricoverata in UTIC, persistendo una lieve oppressione toracica in assenza di sintomatologia dispnoica e con una obiettività cardiopolmonare nei limiti della norma; l'ECG mostrava tratto ST isoelettrico e inversione dell'onda T in D₁, D₂, aVL, V₃-V₆. Si è disposto lo studio coronarografico d'urgenza, somministrando nel frattempo eparina sodica ev con carico orale di clopidogrel e proseguendo con l'infusione del nitrato a basso dosaggio; la coronarografia ha mostrato albero coronarico privo di lesioni significative. Alla ventricolografia si apprezzava ancor più l'aspetto aneurismatico anteroapicale con ulteriore riduzione della funzione sistolica (angiograficamente frazione di eiezione < 30%). L'ECG alla 24^a ora dall'ingresso in UTIC, ha mostrato profonde onde T negative nelle precordiali con prolungamento dell'intervallo QT; la tropoina, contrariamente a quanto le gravi alterazioni della cinetica avrebbero fatto prevedere, era in riduzione già alla 12^a ora; sempre normali CK-MB, indici di flogosi, transaminasi ed elettroliti.

Il decorso clinico è stato privo di complicanze sia emodinamiche che aritmiche, con rapida e precoce mobilitazione; i valori pressori tendenzialmente bassi hanno consentito soltanto un modesto utilizzo di ACE-inibitori

e betabloccanti oltre alla monoterapia con antiaggreganti piastrinici. Il controllo ecocardiografico predimissione ha mostrato in terza giornata uno straordinario recupero della contrattilità dei segmenti medi e distali con frazione di eiezione del ventricolo sinistro del 55% (persisteva soltanto ipocinesia puntale e scomparsa dell'aspetto aneurismatico). Al controllo post-ricovero, al 1° mese e al 6° mese, la paziente era asintomatica e con normalizzazione ECGrafica.

► Introduzione

La cardiomiopatia Takotsubo (*figura 1*) è una sindrome clinica caratterizzata da una transitoria e talora grave disfunzione sistolica del ventricolo sinistro che si manifesta con caratteri sovrapponibili a quelli di una sindrome coronarica acuta, accompagnandosi a dolore toracico o dispnea, modificazioni elettrocardiografiche e modesto rilascio degli enzimi di citonecrosi miocardica (v. infra).

Essa prende il nome dal fatto che il ventricolo sinistro, all'esame ecocardiografico e ancor più alla ventricolografia, assume la forma di un cestello usato dai pescatori giapponesi nella pesca del polipo (*figura 2*); pertanto, Sato et al., autori delle prime segnalazioni in letteratura nel 1990, hanno adottato la definizione

Figura 2

"Takotsubo", trappola per polipi usata un tempo in Giappone



di *cardiomiopatia Takotsubo* (*tako*: polipo, *tsubo*: cestello).

Altri sinonimi sono: left ventricular apical ballooning, broken heart syndrome, neurogenic myocardial stunning, stress - induced cardiomyopathy, ampulla cardiomyopathy.

In generale, nell'anamnesi dei pazienti con sindrome Takotsubo non sono usualmente riscontrabili precedenti eventi cardiologici e l'incidenza dei fattori di rischio convenzionali per coronaropatia non è significativamente diversa da quella della popolazione generale.

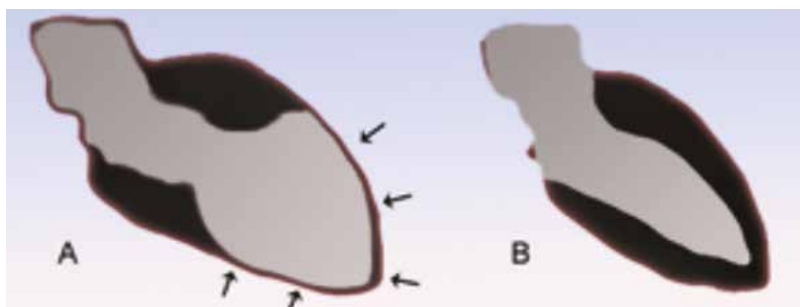
La cardiomiopatia Takotsubo è spesso preceduta da un intenso stress psichico (forti emozioni, spavento, panico, paura, aspro litigio, lutto) o fisico (trauma accidentale, procedure mediche invasive, crisi asmatiche, crisi epilettica, distiroidismo, anafilassi); si tratta di un trigger caratteristico della sindrome, con possibili implicazioni sul piano eziopatogenetico.

L'incidenza è maggiore nei soggetti di sesso femminile e in età avanzata (in post-menopausa) e si stima sia pari al 2% circa della popolazione generale (e al 6% circa della popolazione femminile) nell'ambito delle coronarografie eseguite per sospetto IMA (infarto miocardico acuto).

L'eziopatogenesi non è stata ancora completamente chiarita, ma sono state avanzate diverse ipotesi: è

Figura 1

Rappresentazione schematica della cardiomiopatia Takotsubo (A), paragonata alla situazione di una persona normale (B)



stato studiato in particolare il ruolo dello spasmo delle coronarie epicardiche, della disfunzione del microcircolo mediata dal sistema nervoso simpatico (che predispone a una minore riserva perfusoria in caso di stress), dello "stordimento" del miocardio causato dalle catecolamine ("stunning neurogenico") e dell'ostruzione all'efflusso ventricolare; è stato puntualizzato il rapporto tra carenza estrogenica e disfunzione endoteliale e si sono indagate le caratteristiche anatomiche e funzionali della regione apicale del ventricolo sinistro che possono favorire la localizzazione delle alterazioni di cinetica in questa sede (il motivo per cui la disfunzione miocardica si localizza all'apice del ventricolo sinistro potrebbe spiegarsi con la maggior presenza di recettori adrenergici in questa zona rispetto alla base).

Il quadro clinico è caratterizzato

generalmente da dolore toracico suggestivo per sindrome coronarica acuta, associato a dispnea e profonda astenia; in rari casi la prima ed unica manifestazione della sindrome può essere la sincope e nel 5% circa dei casi l'esordio avviene con il quadro di un edema polmonare acuto o di uno shock cardiogeno.

Dal punto di vista biochimico vi è un incremento, come nell'infarto miocardico acuto (anche se spesso ben più modesto), degli indici di miocardiocitocitosi, con riscontro di valori più o meno elevati di troponina, mioglobina e CK-MB.

L'ECG (figura 3) nella fase acuta è caratterizzato nella maggioranza dei casi da un sopraslivellamento del tratto ST nelle derivazioni precordiali, che può essere associato a sopraslivellamento nelle derivazioni inferiori e laterali; in una percentuale di casi variabile fino al 40% in alcuni

studi, l'ECG è caratterizzato dalla presenza di onde T negative profonde nelle derivazioni precordiali e talora anche inferiori. In una minoranza di casi (circa 5%) l'ECG di esordio mostra solo alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione. È possibile inoltre la presenza di onde Q patologiche di nuova insorgenza. Nella fase acuta si osserva spesso anche un allungamento dell'intervallo QTc che raggiunge il massimo nei giorni immediatamente successivi, in corrispondenza con lo sviluppo di onde T negative profonde. L'evoluzione elettrocardiografica successiva è caratterizzata da una progressiva riduzione delle alterazioni della ripolarizzazione fino alla completa normalizzazione dell'ECG, che avviene in un periodo di tempo compreso fra alcune settimane e 2-3 mesi.

In fase acuta, il ventricolo sinistro assume **all'ecocardiogramma** (figura 4) una morfologia caratteristica, con aneurisma dei segmenti medio-apicali e ipercinesia di quelli basali; la forma "a pallone" dell'apice cardiaco fa sì che venga usato come sinonimo di questa malattia anche il termine *left ventricular apical ballooning* (LVAB). L'uso dell'ecocardiogramma è quindi fondamentale per sospettare la diagnosi nei pazienti con pattern clinico suggestivo per sindrome Takotsubo e per porre inoltre indicazione all'esecuzione della coronarografia. Le alterazioni della cinetica del ventricolo sinistro non si accompagnano a stenosi delle coronarie epicardiche e la prognosi a distanza è in genere buona, con ripristino di una normale funzione contrattile in poche settimane.

L'esame coronarografico (figura 5) è caratterizzato dall'assenza di stenosi aterosclerotica significativa o di segni angiografici di rottura acuta di una placca; per la soddisfazione di questo criterio diagnostico l'esecuzione della coronarografia viene proposta entro 48 ore dalla comparsa della sintomatologia.

Figura 3

ECG nella cardiomiopatia Takotsubo:
A, all'ingresso; B, a 24 ore dall'ingresso

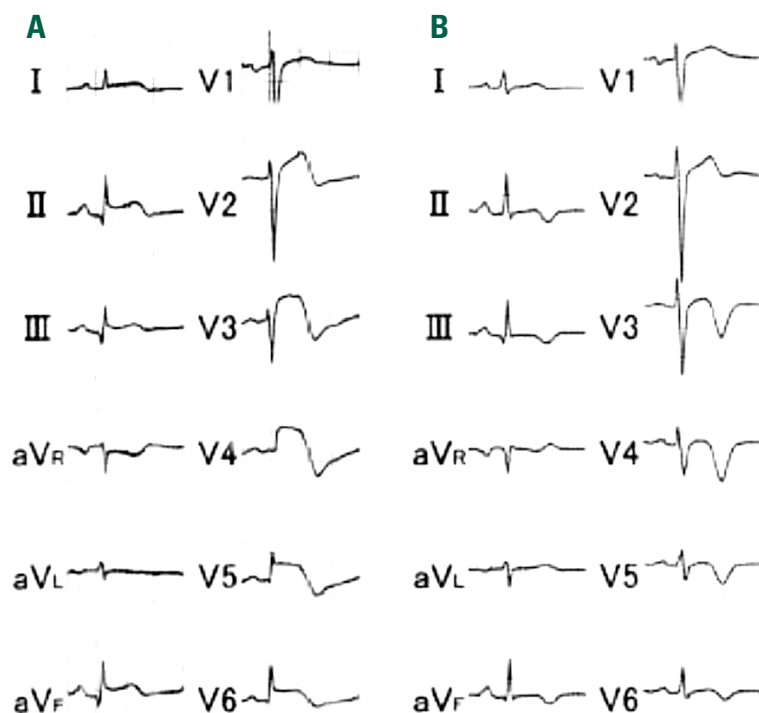
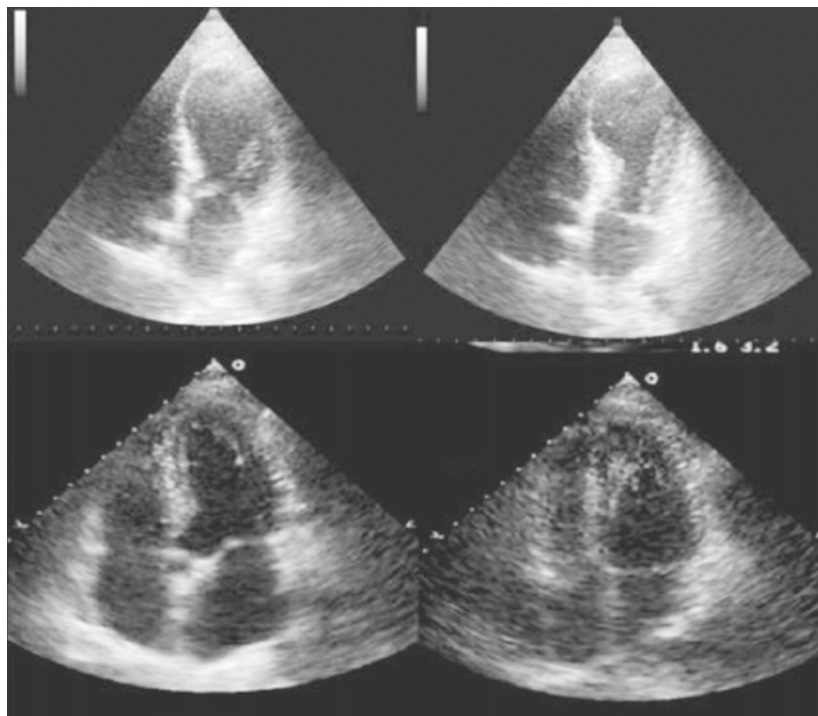


Figura 4

Rappresentazione ecocardiografica di un paziente affetto da cardiomiopatia takotsubo durante la fase acuta e dopo 4 settimane, a completa risoluzione della malattia.

In alto: immagine 4 camere apicale durante i frame telesistolico e telediastolico registrati durante le fasi acute della malattia.

In basso: gli stessi frame registrati dopo completa risoluzione dell'episodio



La ventricolografia sinistra (figura 6) eseguita in fase acuta documenta le alterazioni della cinetica regionale

tipiche della sindrome, costituite dall'acinesia e dilatazione dei segmenti medi e dell'apice con ipercine-

Figura 5

Coronarografia: assenza di stenosi coronariche

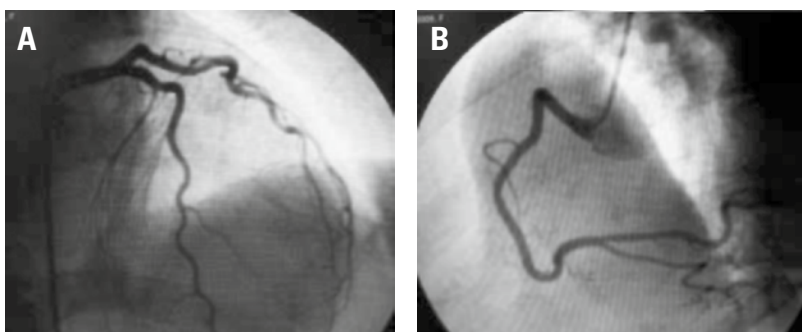
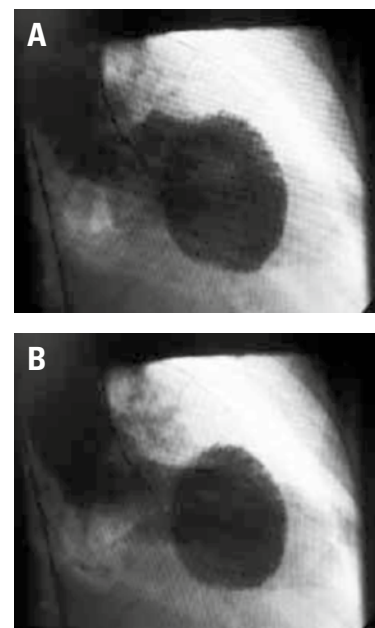


Figura 6

Ventricolografia:
A, diastole; B, sistole



sia dei segmenti basali, che imparte al ventricolo sinistro la classica morfologia a takotsubo (la ventricolografia attualmente è di utilizzo molto più raro rispetto all'ecocardiografia e alla coronarografia, che sono metodiche più pratiche e meno costose e consentono di ottenere ugualmente precise informazioni diagnostiche).

Pur non essendo molti gli studi sull'utilità della risonanza magnetica nucleare (RMN) nella diagnosi di sindrome Takotsubo, va comunque precisato che, se eseguita in una fase molto precoce, **la RMN** (figura 7) può mostrare l'estensione del miocardio colpito, mentre in una fase più tardiva è in grado di valutare la reversibilità delle peculiari alterazioni della cinetica regionale. Alcune patologie neurologiche e cardiache che possono determinare alterazioni acute transitorie della cinetica ventricolare in assenza di coronaropatia dovrebbero essere distinte dalla sindrome Takotsubo. Per tale ragione

un gruppo di Autori della Mayo Clinic, ha proposto un sistema per diagnosticare la malattia basato su 4 punti:

1. acinesia o discinesia transitoria dell'apice ventricolare sinistro con esclusione dei segmenti basali;
2. assenza di malattia coronarica critica o di rottura acuta di placca preesistente;
3. alterazioni ECGrafiche compatibili con SCA (sindrome coronarica acuta);
4. assenza di recente trauma cranico, feocromocitoma, emorragia subaracnoidea, cardiomiopatia ipertrofica, miocardite.

Essendo ancora poco chiaro il substrato fisiopatologico della malattia, allo stato attuale questi pazienti ven-

gono trattati con **terapia di supporto e sintomatica**, ponendo particolare attenzione al trattamento di alcune possibili complicanze quali:

- scompenso cardiaco: i farmaci utilizzati sono diuretici, nitrati, beta-bloccanti, ACE-inibitori;
- shock cardiogeno: molto controverso è l'impiego di inotropi che potrebbero peggiorare ulteriormente la "tempesta catecolaminergica" che spesso è alla base della patologia, mentre in caso di severa disfunzione ventricolare sinistra ed instabilità emodinamica occorre considerare la contropulsazione intraortica;
- trombosi murale all'apice del ventricolo sinistro: l'uso della terapia anticoagulante nella fase acuta delle anomalie della cinesi del ventricolo sinistro potrebbe essere considerato allo scopo di prevenire la trombosi murale, almeno in quei pazienti con significativa disfunzione ventricolare sinistra e ad alto rischio tromboembolico.

La terapia antischemica con beta-bloccanti, aspirina e nitrati potrebbe essere utile in tutti i pazienti affetti durante la fase acuta della malattia. Infine non vi è indicazione al momento per una terapia specifica a lungo termine, essendo state descritte in letteratura recidive di cardiomiopatia Takotsubo in non più del 4% dei pazienti affetti.

► Discussione e conclusioni

Negli ultimi anni, favorito dalla diffusione dell'angioplastica primaria e delle indagini coronarografiche nelle sindromi coronariche acute (SCA), si è manifestato un crescente interesse nei confronti della cardiomiopatia Takotsubo, la cui frequenza non è elevata ma neppure trascurabile. Le sue prime sporadiche descrizioni in letteratura, risalgono ai primi anni '90 nella popolazione giapponese; nel 2003 compare la descrizione di due piccole casistiche nella popolazione americana ed europea, mentre

i primissimi isolati casi riconosciuti in Italia risalgono al 2004, grazie agli studi condotti da Morandi et al. e Sganzerla et al. Successivamente, ulteriori casi sono stati riportati dagli studi condotti da Assennato et al. e da Azzarelli et al. Una delle prime casistiche di numerosità più rilevante, è quella pubblicata su pazienti italiani di razza caucasica da Parodi et al. In uno studio pubblicato da Sharkey et al. nel 2005, è emerso che nei dipartimenti di emergenza negli USA, la presentazione di pazienti con questa sindrome è risultata mediamente essere di un caso al mese. Se vengono presi poi in considerazione solo i soggetti di sesso femminile che si presentano con un quadro clinico di sindrome coronarica acuta, l'incidenza di cardiomiopatia Takotsubo è pari al 6%.

Fare una corretta diagnosi di sindrome di Takotsubo è l'elemento essenziale per il medico che in urgenza accoglie questi pazienti, per evitare l'uso di terapie improprie che potrebbero essere rischiose (ad esempio i farmaci trombolitici) o senza alcun beneficio evidente per i pazienti. Naturalmente l'aspetto più interessante e peculiare è rappresentato dal fatto che questa malattia si manifesti in individui con basso o nessun fattore di rischio cardiovascolare (dimostrato dall'assenza di significative stenosi coronariche).

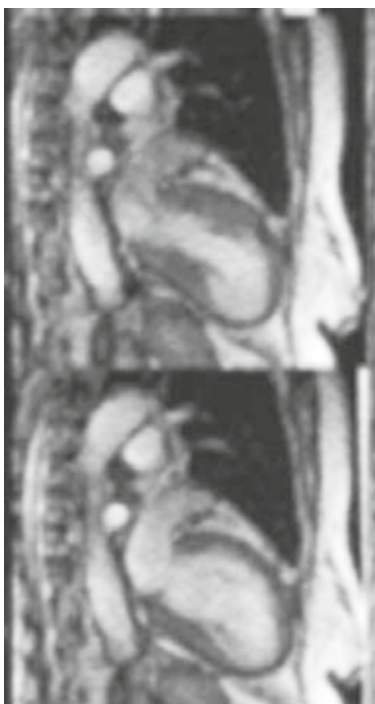
Caratteristica positiva della sindrome è la regressione rapida e completa in poche settimane, sebbene in alcuni casi siano possibili recidive che pesano negativamente soprattutto sul versante psichico.

Comunque l'evoluzione della malattia è solitamente favorevole e la quota di mortalità è estremamente bassa.

La diagnosi è prevalentemente di esclusione - albero coronarico integro alla coronarografia - dopo averla sospettata per gli aspetti peculiari all'ecocardiogramma, ma non esistono dati clinici, strumentali e di laboratorio specifici che definiscano

Figura 7

RMN cardiovascolare di un paziente affetto da cardiomiopatia Takotsubo.
In alto: rappresentazione grafica di frame telesistolico registrato durante le fasi acute di malattia.
In basso: frame telediastolico



tale patologia in fase acuta. Oltre alla corretta diagnosi, il trattamento è importante perché la sindrome genera una disfunzione ventricolare sinistra grave anche se transitoria, che va affrontata con tutte le armi farmacologiche dello scompenso cardiaco, per evitare le complicanze, sporadiche ma temibili, ed accelerare la completa guarigione. La coronarografia in urgenza, è l'unico strumento che permette di confermare il sospetto diagnostico e va privilegiata soprattutto in pazienti di sesso femminile, in postmenopausa, con storia di recente stress fisico o psichico, con scarsi fattori di rischio coronarici ed evidenza ecocardiografica di alterazioni della cinesi caratteristiche di questa sindrome. La coronarografia (e l'eventuale PTCA) in urgenza è preferibile alla trombolisi - quest'ultima peraltro ormai non più utilizzata nella terapia dello STEMI (infarto miocardico ST-elevato) nella rete cardiologica provinciale di Foggia - perché permette di visualizzare l'anatomia delle coronarie e la dimostrazione precoce della lesione responsabile dell'infarto miocardico acuto (la patologia più importante con la quale deve essere posta un'accurata diagnosi differenziale!) o la sua esclusione, che in questo caso confermerebbe la diagnosi. Mancano al momento protocolli terapeutici specifici per la cardiomiopatia Takotsubo; va ribadita l'importanza di un aspetto operativo peculiare, cioè quello di riuscire a evitare la somministrazione di terapie inopportune (per esempio i farmaci fibrinolitici) nei casi che simulano uno STEMI, optando in questi casi per l'esecuzione di un esame coronarografico in urgenza e di un'angioplastica primaria nel caso si dimostrassero stenosi coronariche poiché l'indagine invasiva rimane un passaggio imprescindibile nell'iter diagnostico. Se nella fase acuta l'approccio terapeutico è piuttosto codificato e definito nonché finalizzato alla prevenzio-

ne di possibili complicanze (v. "Introduzione"), di contro, non esiste un chiaro algoritmo per il trattamento a medio-lungo termine dei pazienti con cardiomiopatia Takotsubo. Sicuramente è ragionevole somministrare betabloccanti e ACE-inibitori durante il periodo di recupero della funzione ventricolare. Per converso, dagli studi disponibili in letteratura, si evince come l'impiego di farmaci cardioprotettivi non influenzi la prognosi di questi pazienti né in termini di recidi-

va né di mortalità, suggerendo la necessità di un'interruzione del trattamento laddove non vi siano comorbidità tali da giustificare l'impiego. La sindrome è probabilmente a tutt'oggi sottostimata sia come incidenza che prevalenza, ma per riconoscerla deve dunque necessariamente entrare nelle possibili diagnosi differenziali del dolore toracico, sintomo tra quelli più frequenti che inducono molti pazienti a recarsi quotidianamente in Pronto Soccorso.

Bibliografia

1. Abe Y. et Al. "Assessment of clinical features in transient left ventricular apical ballooning" - *J Am Coll Cardiol* 2003.
2. Akashi Y.J. et Al. "Cardiac autonomic imbalance in patients with reversible ventricular dysfunction takotsubo cardiomyopathy" - *QJM* 2007.
3. Akashi Y.J. et Al. "Reversible ventricular dysfunction takotsubo cardiomyopathy" - *Eur J Heart Fail* 2005.
4. Assennato P. et Al. "Two cases of tako-tsubo cardiomyopathy in Caucasians" - *Ital Heart J* 2005.
5. Azzarelli S. et Al. "Clinical features of transient left ventricular apical ballooning" - *Am J Cardiol* 2006.
6. Bybee KA. et Al. "Transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimicks ST-segment elevation myocardial infarction" - *Ann Intern Med* 2004.
7. Bybee KA. et Al. "Clinical characteristics and thrombolysis in myocardial infarction frame counts in women with transient left ventricular apical ballooning syndrome" - *Am J Cardiol* 2004.
8. Donohue D. et Al. "Early diagnosis of stress-induced apical ballooning syndrome based on classic echocardiographic findings and correlation with cardiac catheterisation" - *J Am Soc Echocardiogr* 2005.
9. Elesber A. et Al. "Myocardial perfusion in apical ballooning syndrome correlate of myocardial injury" - *Am Heart J* 2006.
10. Elian D. et Al. "Left ventricular apical ballooning: not an uncommon variant of acute myocardial infarction in women" - *Clin Cardiol* 2006.
11. Fazio G. et Al. "Chronic pharmacological treatment in takotsubo cardiomyopathy" - *Int J Cardiol* 2008.
12. Galiuto L. et Al. "Reversible coronary microvascular dysfunction: a common pathogenetic mechanism in Apical Ballooning or Tako-Tsubo Syndrome" - *Eur Heart J* 2010.
13. Gasbarrini et Al. "Trattato di Medicina Interna" - *Verduci Editore* 2011.
14. Gianni M. et Al. "Apical ballooning syndrome or tako-tsubo cardiomyopathy: a systematic review" - *Eur Heart J* 2006.
15. Grifoni "Medicina d'urgenza - Metodologia clinica" - *Piccin* 2015.
16. Haghi D. et Al. "Cardiovascular magnetic resonance findings in typical versus atypical forms of the acute apical ballooning syndrome (Takotsubo cardiomyopathy)" - *Int J Cardiol* 2007.
17. Harrison "Principi di Medicina Interna" - *Casa Editrice Ambrosiana* 2012.
18. Ibanez B. et Al. "Tako-tsubo transient left ventricular apical ballooning: is intravascular ultrasound the key to resolve the enigma?" - *Heart* 2005.
19. Komamura K. et Al. "Takotsubo cardiomyopathy: pathophysiology, diagnosis and treatment" - *World J Cardiol* 2014.
20. Kurisu S. et Al. "Circadian variation in the occurrence of tako-tsubo cardiomyopathy: comparison with acute myocardial infarction" - *Int J Cardiol* 2007.
21. Kurisu S. et Al. "Tako-tsubo cardiomyopathy: clinical presentation and underlying mechanism" - *J Cardiol* 2012.
22. Mazzarotto P. et Al. "Un caso di "ballooning syndrome" con localizzazione atipica anteriore" - *Ital Heart J Suppl* 2005.
23. Merli E. et Al. "Tako-tsubo cardiomyopathy: new insights into the possible underlying pathophysiology" - *Eur J Echocardiography* 2006.
24. Mori H. et Al. "Increased responsiveness of left ventricular apical myocardium to adrenergic stimuli" - *Cardiovasc Res* 1993.
25. Nef HF. Et Al. "Tako-tsubo cardiomyopathy (apical ballooning)" - *Heart* 2007.
26. Ortak J. et Al. "Cardiac autonomic activity in patients with transient left ventricular apical ballooning" - *J Am Coll Cardiol* 2005.
27. Parodi G. et Al. "Incidence, clinical findings, and outcome of women with left ventricular apical ballooning syndrome" - *Am J Cardiol* 2007.
28. Prasad A. "Apical ballooning syndrome: an important differential diagnosis of acute myocardial infarction" - *Circulation* 2007.
29. Rugarli et Al. "Medicina Interna Sistemica" - *Edra-Masson* 2015.
30. Scuteri L. et Al. "Left ventricular apical ballooning syndrome in a Caucasian population: echocardiographic presentation and evolution and response to stress echocardiography" - *Eur J Echocardiogr* 2004.
31. Sganzerla P. et Al. "Un caso di sindrome 'tako-tsubo-like' da stress" - *Ital Heart J Suppl* 2004.
32. Sharkey SW. et Al. "Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States" - *Circulation* 2005.
33. Summers MR et Al. "Takotsubo cardiomyopathy: definition and clinical profile" - *Heart Fail Clin* 2013.
34. Upadya S. et Al. "Tako-tsubo cardiomyopathy (Transient left ventricular apical ballooning): case report of a myocardial perfusion echocardiogram study" - *J Am Soc Echocardiogr* 2005.
35. Wittstein IS. et Al. "Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress" - *N Engl J Med* 2005.

Diabete e parodontite: una relazione pericolosa

L'associazione del diabete con la parodontite, che ha effetti avversi sulla capacità masticatoria, fa ipotizzare che sforzi per prevenirne lo sviluppo attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria, migliorarne la diagnosi e la terapia dovrebbero essere incoraggiati in un'ottica di tutela della salute dei pazienti

Luca Lione

Diabetologo ambulatoriale, ASL 2 Savonese - Coordinatore Gruppo "Oral Care" - Associazione Medici Diabetologi (AMD)

Negli ultimi anni sono emerse molteplici evidenze sulla corrispondenza "biunivoca" tra compenso glicometabolico del diabete e malattia parodontale. Il rischio per un soggetto diabetico di ammalarsi di parodontite cronica è stimato essere da due a tre volte maggiore rispetto a quello di un non diabetico. Purtroppo la crisi economica ha portato anche maggiori difficoltà nei pazienti ad affrontare adeguati trattamenti odontoiatrici, compromettendo ancor più la masticazione, con conseguente alimentazione con cibi a basso costo (pane, pasta, ecc), ma dannosi per il buon compenso del diabete. Un lavoro congiunto tra le diverse specialità (diabetologi, odontoiatri, Mmg, pediatri) può portare risultati positivi in un'ottica di tutela della salute dei pazienti. È su queste basi che l'Associazione Medici Diabetologi, la Società Italiana di Diabetologia e la Società Italiana di Parodontologia e Implantologia, hanno prodotto il documento "Diabete e parodontite", volto ad implementare sia la diagnosi precoce delle due patologie, sia interventi di prevenzione primaria e secondaria. Il documento è disponibile in <http://www.aemmedi.it>.

► Evidenze scientifiche

► Relazione diabete-parodontite

La maggiore suscettibilità alla parodontite nei diabetici è dovuta alla risposta alterata in seguito a insulto batterico dei batteri parodontopatogeni associata a una disbiosi del biofilm sottogengivale.

Questa alterazione è possibile tramite tre meccanismi:

- * citochine/adipochine,
- * immunità cellulare alterata,
- * iperglicemia.

Il diabete influenza qualitativamente e quantitativamente il profilo citochinico dei pazienti con parodontite. Infatti, i soggetti con DT2 e parodontite mostrano, rispetto ai diabetici senza parodontite, un maggiore livello di citochine ematiche e a livello del fluido gengivale crevicolare; lo stesso quadro è osservabile nel DT1.

Nei monociti di soggetti con DT1 e parodontite è stata descritta una maggiore produzione di IL-1 β , TNF- α , PGE2 dopo stimolazione con lipopolisaccaride rispetto a soggetti senza DT1. Inoltre, nei soggetti con diabete si ha una risposta immune mediata da neutrofili deficitaria a livello gengivale.

L'iperglicemia ha un impatto sulla salute parodontale grazie a quattro meccanismi fondamentali correlati a stress cellulare; advanced glycation end-products (AGEs) e loro recettori RAGE; omeostasi dell'osso alveolare; disbiosi del biofilm batterico.

Esiste una relazione diretta fra la gravità e l'estensione della parodontite e il peggioramento del controllo glicemico. Tale condizione è responsabile di una ridotta produzione di collagene e incremento di attività collagenolitica dei fibroblasti gengivali e parodontali.

Proteine glicosilate (advanced glycation end-products, AGEs) sono presenti nei tessuti gengivali e nella saliva dei pazienti diabetici con parodontite. I livelli degli AGEs ematici sono associati significativamente all'estensione della parodontite nei pazienti con DT2.

Se il diabete è poco controllato, nei tessuti parodontali vi è un alto livello di proteine di membrana receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand (RANKL), membro della famiglia del TNF. Ciò contribuisce a un'alterazione del metabolismo osseo con riassorbimento dell'osso alveolare nel soggetto con parodontite.

► *Relazione parodontite-diabete*

I dati sperimentali lasciano supporre che la parodontite aumenti il rischio di sviluppare diabete. Soggetti non diabetici seguiti per cinque anni presentano, qualora il soggetto sia affetto da parodontite grave, un incremento di HbA1c dello 0.1% indipendentemente dai fattori confondenti, quali l'età. Questo incremento è ancora maggiore nei soggetti con un elevato livello di PCR. Vi sono solide evidenze che nei soggetti affetti da parodontite vi sia un controllo glicemico peggiore, evidenziato da un incremento dei valori di HbA1c nei soggetti non diabetici con parodontite.

La tendenza all'iperglicemia è mediata dall'infiammazione sistemica elevata del soggetto affetto da parodontite e un complesso meccanismo che comprende:

1. l'elevata produzione citochinica che potrebbe contribuire all'insulino-resistenza tramite la modificazione dell'insulin receptor substrate-1;
2. alterazione della funzione adipocitaria con aumento di acidi grassi liberi;
3. calo della produzione di ossido nitrico endoteliale.

Nei soggetti diabetici con parodontite si è osservato un peggior controllo della glicemia e un aumentato rischio dello sviluppo di complicanze del diabete.

Nei soggetti con DT1 e parodontite esiste un maggiore rischio di complicanze renali e cardiovascolari.

Nei soggetti con DT2 in presenza di parodontite moderata/grave è più frequente macroalbuminuria e insufficienza renale terminale. Inoltre, in presenza di parodontite grave, i soggetti con DT2 presentano un rischio di morte cardio-renale 3.5 volte superiore rispetto ai soggetti parodontalmente sani.

Infine, tre mesi dopo terapia della parodontite, il valore meta-analitico della riduzione di HbA1c è pari allo 0.4%.

► *Il clinico e la patologia orale*

Il medico deve informare il paziente con DMT2 del maggior rischio di malattia parodontale e della corrispondenza biunivoca che lega le due patologie, soffermandosi in particolare sull'aumentato rischio cardiovascolare e di complicanza renale.

I sintomi della parodontite sono molteplici. È possibile porre il sospetto di malattia parodontale qualora il paziente abbia un'anamnesi positiva per i seguenti sintomi: sanguinamento gengivale, recessione gengivale, alitosi o alterazioni dell'alito, gonfiore o fastidio gengivale, ipersensibilità dentinale parodontale.

Investigare la presenza di questi sintomi dovrebbe essere parte integrante della visita diabetologica.

L'ispezione del cavo orale, con particolare attenzione alla situazione gengivale, dovrebbe far parte della valutazione iniziale e delle visite successive, da effettuarsi con cadenza annuale se non è presente parodontite. I ragazzi diabetici, a partire dai 7 anni, vanno indirizzati annualmente all'odontoiatra per una valutazione. Nel sospetto di presenza di parodontite il diabetologo indirizza il paziente all'odontoiatra per una valutazione specifica del caso.

Se il paziente presenta una parziale perdita di elementi dentali, nell'ambito dei programmi di educazione terapeutica strutturata, si evidenzierà l'importanza di una corretta masticazione per una buona alimentazione.

Ricordare ai pazienti che, qualora avvertissero sensazioni di bocca secca, bruciore, comparsa di chiazze biancastre (micosi), devono subito rivolgersi all'odontoiatra di fiducia.

La diagnosi di parodontite è clinica

ed è solitamente posta tramite un esame clinico odontoiatrico chiamato sondaggio parodontale, in cui è sondato e misurato il solco gengivale che, in presenza di parodontite, appare approfondito.

È inoltre importante una valutazione radiografica volta a misurare il grado di distruzione di osso alveolare intorno ai denti affetti da parodontite.

Il clinico deve collaborare con l'odontoiatra per la gestione della terapia orale (soprattutto sulfaniluree) e della terapia insulinica (entrambe potenzialmente a rischio di provocare ipoglicemie) nelle 24 ore successive all'intervento odontoiatrico durante le quali il paziente abbia oggettive difficoltà ad alimentarsi.

► *Il ruolo dell'odontoiatra*

Anche l'odontoiatra ha un ruolo fondamentale nell'informare il paziente sull'associazione tra malattia parodontale e patologie sistemiche (cardiovascolari, dismetaboliche, reumatologiche).

In occasione della prima visita andrebbe raccolta una dettagliata anamnesi medica - personale e familiare - e andrebbe rilevato il BMI del paziente. In assenza di esami ematochimici recenti (eseguiti durante l'ultimo anno) andrebbe chiesto al paziente di sottoporsi a tali accertamenti.

Nei pazienti che presentano parodontite grave e familiarità di primo grado per DMT2 è opportuno consigliare una visita/valutazione diabetologica.

Per i pazienti diabetici che devono essere sottoposti a cure odontoiatriche, programmare adeguatamente l'orario dell'appuntamento, il tipo di anestesia, instaurare se necessario una profilassi antibiotica sistemica ed evitare, per quanto possibile, lo stress e i traumi.

Attualità sulla chirurgia mininvasiva del piede

La chirurgia del piede rappresenta l'ambito in cui le tecniche mininvasive offrono soluzioni più moderne e di ultima generazione

Marco Pozzolini

*Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Casa di Cura San Pio X - Milano
Responsabile del Servizio di Chirurgia del Piede del Centro Diagnostico Italiano, Milano*

La chirurgia si va sempre più orientando verso la mininvasività, ovvero la possibilità di ottenere gli stessi risultati della chirurgia tradizionale attraverso incisioni sempre più piccole con appositi strumentari, nel tentativo di risparmiare i tessuti circostanti e in particolare vasi, nervi e muscoli. In tal senso l'ortopedia e in particolare la chirurgia del piede rappresentano i campi in cui la chirurgia mininvasiva offre le soluzioni più moderne e di ultima generazione.

► **Malformazioni più comuni del piede**

Per quanto concerne la chirurgia del piede dell'adulto le malformazioni più comuni sono quelle che colpiscono la parte anteriore (alluce valgo, dita a martello, metatarsalgie, neuroma di Morton, dito varo) e la parte posteriore del piede (fascite plantare, sporno calcaneale, morbo di Haglund). Per quanto poi riguarda il piede del bambino i disturbi più comuni sono il piede piatto e il piede cavo.

• **Alluce valgo**

L'alluce valgo è uno dei disturbi più frequenti a carico dell'avam-

piede dell'adulto ed è caratterizzato dalla deviazione del primo dito verso l'esterno e la insorgenza della sporgenza mediale dell'osso così detta "cipolla" (esostosi). Colpisce maggiormente e con grande frequenza il sesso femminile in cui la presenza di fattori costituzionali si associano spesso ad utilizzo di calzature non corrette.

• **Dita a martello**

Spesso all'alluce valgo si associano la comparsa delle dita a martello (in particolare a carico del 2 e 3 dito) dovute alla spinta che l'alluce determina su queste dita in seguito alla sua deviazione verso l'esterno.

Per dita a martello si intende la posizione che assumono le dita con le falangi flesse con la comparsa di inestetiche e dolorose callosità dorsali.

• **Metatarsalgie**

Le metatarsalgie sono caratterizzate dal dolore che viene riferito alla base delle dita plantarmente e che si caratterizza con più o meno evidenti callosità in corrispondenza di zone dove il piede viene sovraccaricato per difetto di appoggio quali si verificano in presenza di alluce valgo, piede piatto e piede cavo.

• **Neuroma di Morton**

Il neuroma di Morton rappresenta un disturbo più frequente di quanto non appaia. Spesso misconosciuto dalla classe medica, è caratterizzato dall'ispessimento di un piccolo nervo sensitivo posto in corrispondenza dello spazio tra le teste metatarsali (le ossa che precedono le dita in particolare a carico del terzo spazio che si trova tra la estremità del terzo e quarto metatarsale).

Il suo ispessimento avviene per la compressione che le estremità delle ossa metatarsali possono esercitare in conseguenza ad alterazioni di appoggio dell'avampiede legate ai disturbi precedentemente descritti.

Il paziente riferisce l'insorgenza progressiva di un dolore di tipo trafittizio, spesso di intensità tale da costringerlo a togliersi le scarpe per poter trovare sollievo.

• **Quinto dito varo**

Il quinto dito varo a sua volta è caratterizzato da deviazione del quinto dito verso l'alluce che può addirittura sovrapporsi al quarto dito, dando luogo ad una sporgenza esterna dolorosa con la possibile comparsa di una callosità.

• Fascite plantare

Passando al retro piede ci limitiamo alla presenza di fascite plantare e malattia di Haglund. La fascite plantare che spesso si associa a sperone calcaneale è rappresentata da una infiammazione della fascia plantare (al di sotto della cute della pianta del piede) nel suo punto di inserzione al calcagno. Lo sperone calcaneale è caratterizzato da una sporgenza ossea del margine inferiore del calcagno spesso associata alla fascite.

► Terapia conservativa

Consiste esclusivamente nella realizzazione di plantari in grado di migliorare l'appoggio del piede che oggi vengono realizzati con materiali moderni e possono essere adattati a qualsiasi tipo di scarpa. Vengono realizzati studiando i difetti di appoggio del piede mediante l'utilizzo di apposite pedane computerizzate. Risulta utile in alcuni casi associare cicli di fisioterapia strumentale, per esempio la Tecar-terapia e le onde d'urto, in grado di ridurre i fenomeni infiammatori che si accompagnano alla maggior parte delle patologie descritte.

► Terapia chirurgica

• Chirurgia tradizionale

È in grado di risolvere qualsiasi malformazione, in particolare nelle gravi deformazioni che coinvolgono l'avampiede. Necessita però di lunghe incisioni con ampia esposizione della zona da trattare e l'utilizzo di mezzi di fissazione interna (viti, placche), con tempi di recupero decisamente lunghi, impegnativi e spesso dolorosi. Tali tecniche si impongono nei casi di gravi deformazioni dell'avam-

Figura 1

Chirurgia mininvasiva o percutanea



piede come unica soluzione per un buon risultato duraturo.

• Chirurgia mininvasiva o percutanea

La chirurgia mininvasiva detta "percutanea di nuova generazione" è caratterizzata da piccolissime incisioni di 4-5 mm (*figura 1*) attraverso le quali, sotto controllo di un amplificatore di brillantezza (una sorta di schermo televisivo) (*figura 2*) si eseguono la/le correzioni in diretta senza dover praticare ampie incisioni con esposizione dell'osso sottostante come prevede la chirurgia tradizionale.

Le correzioni vengono eseguite a carico sia delle ossa che delle capsule articolari o dei tendini che su di esse sono inseriti mediante delle frese miniaturizzate eseguite con una tecnica particolare, che non necessita poi di mezzi di stabilizzazione esterni (fil metallici) o interni viti o placche come previsto dalla chirurgia tradizionale.

La tecnica prevede solo l'utilizzo di particolari fasciature che andranno

rinnovate una volta/settimana per tre settimane.

Solo in casi di importanti deviazioni si ritiene utile armare le correzioni con fili metallici o viti introdotte però per via percutanea attraverso brevi incisioni.

È prevista la possibilità di poter camminare subito con l'utilizzo di apposite calzature aperte anteriormente che andranno portate per un minimo di quattro settimane a seconda delle varie patologie.

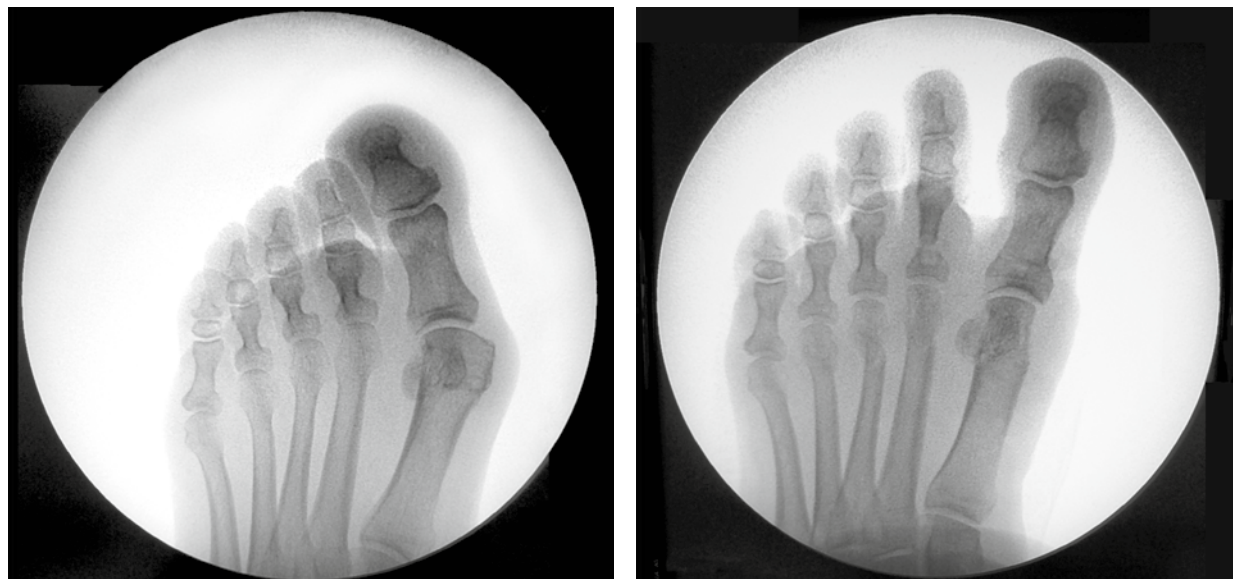
I pregi di questa chirurgia sono indiscutibili rispetto alla chirurgia tradizionale: tempi di recupero nettamente più brevi rispetto alle tecniche tradizionali con grande soddisfazione per il paziente desideroso di ritornare alle proprie attività nel più breve tempo possibile.

► Piede pediatrico

Un capitolo a parte è rappresentato dalle due patologie maggiori che sono il piede piatto e il piede cavo del bambino.

Figura 2

Controllo con amplificatore di brillantezza in corso di intervento



• **Piatto valgo.** Il piede piatto valgo o piede pronato è caratterizzato da una deviazione dell'asse del retropiede verso l'esterno con conseguente cedimento mediale del piede.

Tale situazione è accettabile sino ai 9-10 anni come normale sviluppo fisiologico, ma se dopo tale età il difetto dovesse persistere sarebbe opportuno in molti casi intervenire chirurgicamente, al fine di evitare il perdurare di un piattismo nell'età adulta, spesso causa di dolori invalidanti.

L'intervento della durata di una ventina di minuti consiste nell'interporre tra le ossa posteriori del piede (astragalo e calcagno) una vite o un cilindretto di titanio al fine di ricomporre una corretta posizione delle due ossa tra di loro. L'intervento detto "calcagno stop" non costringe a un percorso post-chirurgico impegnativo. Dopo un periodo di due settimane di carico parziale tutelato da 2 stampelle il bambino torna ad una deambulazio-

ne normale nell'arco di un mese.

• **Piede cavo.** Più impegnativo il trattamento chirurgico del piede cavo che a seconda dell'età del bambino impone tecniche chirurgiche di varia tipologia con utilizzo di tutori ortopedici nel decorso post-operatorio.

Tali interventi sono finalizzati ad evitare il persistere in età adulta di piede piatto o piede cavo che, se dolorosi, imporrebbero interventi ben più impegnativi sia sul piano chirurgico che nel decorso post-operatorio.

► **Approccio diagnostico**

Un corretto approccio terapeutico prevede un iter diagnostico finalizzato ad offrire al chirurgo ortopedico tutti i dati utili per decidere se proseguire con una terapia conservativa o se programmare una correzione chirurgica. Fondamentale una visita di base in grado di fornire l'aspetto esteriore del piede, le carat-

teristiche del suo appoggio statico (podoscopio) e la sua funzionalità obiettiva e alla deambulazione.

Segue uno studio radiografico di base che prevede la radiografia di profilo di entrambi i piedi in carico a cui aggiungere una proiezione dorso plantare comparativa.

Da questi esami potrebbe nascere la necessità, se lo si ritiene opportuno, di un ulteriore approfondimento con un esame ecografico o con una RMN. Una volta decisa la terapia conservativa e suggerito l'utilizzo di un plantare si rende necessario uno studio baropodometrico in grado di aggiungere nuovi dati sull'appoggio del piede e sulla deambulazione per poter realizzare un corretto plantare. Una volta decisa la terapia chirurgica spesso in seguito all'insuccesso della terapia conservativa sarebbe opportuno dare al paziente tutti i dettagli della tecnica, comprese anche le possibili complicanze di una chirurgia complessa come quella del piede.

L'approccio capacitante nei pazienti fragili

Le idee forti alla base dell'approccio capacitante sono il riconoscimento delle competenze elementari nelle persone con malattia di Alzheimer o altre forme di demenza. Una modalità d'intervento che trova le sue radici nel concetto di alleanza terapeutica

L'approccio capacitante è nato per rispondere all'esigenza di medici, ma anche caregiver, su come comunicare con persone affette da malattia di Alzheimer o altre forme di demenza, che hanno disturbi di comunicazione. Un approccio che cerca di vedere con un metodo dedicato all'interno di parole e comportamenti malati quella parte di "io" ancora sano.

In una relazione con un anziano fragile o con demenza molto spesso ci si focalizza sulla fragilità, sulla malattia, sui deficit e così l'approccio tradizionale analizza i bisogni dei pazienti e cerca di soddisfarli senza prendere in considerazione i desideri, i progetti e le risorse presenti nella persona.

In questo processo il malato si adatterà ben presto a questo ruolo e si darà il via ad un circolo vizioso che confermerà alla persona anziana la sua percepita incapacità ad affrontare le difficoltà della vita quotidiana e la rinforzerà nella visione distorta di sé stessa come persona esclusivamente malata e bisognosa.

"L'approccio capacitante si differenzia dagli altri perché si focalizza sulle capacità e non sui deficit - spiega a **M.D. Pietro Vigorelli**, medico, psicoterapeuta, cofondatore del "Gruppo Anchise", un'associazione tra esperti, per la ricerca, la formazione e la cura della persona anziana centrata sulla parola e sull'approccio capacitante (www.formalzheimer.it).

"Nelle persone con malattia di Alzheimer,

anche nella fase avanzata della patologia, si può cogliere ancora l'essenza di una individualità e soggettività e, in alcuni momenti particolari, si nota anche la presenza della consapevolezza della propria malattia, il ricordo della propria vita e la permanenza di alcune competenze. Ed è proprio sulle competenze che permettono all'individuo di sentirsi ancora consapevole e capace di relazionarsi con gli altri e di influire sul mondo che questo approccio si basa".

► Le competenze

"Sono cinque le competenze individuate nell'approccio capacitante - spiega Pietro Vigorelli e comprendono:

- La competenza a parlare, nella sua accezione elementare, cioè a produrre parole indipendentemente dal loro significato. Anche se le parole sono tronche, ripetute o prive di senso, anche se la persona con demenza perde il filo del discorso, non riesce a trovare la parola giusta o scambia una persona per un'altra, l'approccio valorizza l'intenzione di comunicare. Si invita a focalizzare l'attenzione sulla sua capacità di parlare, sull'ascoltare senza interrompere e senza correggere la persona, perché quelle parole hanno un senso dal suo punto di vista della persona, anche se non sono comprensibili nell'immediato da chi ascolta. In questo modo l'anziano non si scoraggia e mantiene più a lungo la sua

vivacità, autonomia e relazionalità.

- La competenza a comunicare si esprime anche con il paraverbale e non verbale.

- La competenza emotiva, cioè provare emozioni, riconoscere quelle dell'interlocutore e a condividerle.

- La competenza a contrattare e a decidere sulle attività della vita quotidiana. Si pensi ai comportamenti 'oppositivi', cioè la persona che non vuole mangiare, non vuole alzarsi dal letto, non vuole lavarsi, ecc. Certo questi comportamenti sono disturbanti, tuttavia sono l'estrema manifestazione della competenza a contrattare di una persona che purtroppo non può decidere più nulla.

- La competenza a decidere anche in presenza di deficit cognitivi. I comportamenti oppositivi, di chiusura relazionale e di isolamento possono essere letti come espressioni estreme di questa ridotta competenza di libertà decisionale".

Il tema è stato trattato nel corso del recente incontro "Parole che curano", organizzato in collaborazione con Federazione Alzheimer Italia, che si è svolto presso la residenza Anni Azzurri Parco Sempione di Milano.



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

BPCO: collaborazione Mmg-specialista

Verificare quale sia il migliore modello organizzativo per la gestione del paziente con BPCO tra medico del territorio e specialista: è stato l'obiettivo di un corso ECM che ha fornito risultati interessanti e alcune riflessioni meritevoli di approfondimento

Giovanni Filocamo

Medico di medicina generale, Milano

Marica Pecis

UO di Pneumologia

ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Lionella Pizzini

Pneumologa, Milano

Molte segnalazioni in letteratura, riferiscono come la BPCO sia una delle più frequenti cause di mortalità e morbidità in tutto il mondo occidentale e diventerà la quinta malattia più frequente e la quarta causa di morte in tutto il mondo entro il 2020. Nel nostro Paese, i dati OSMED suggeriscono che l'attività prescrittiva sulla BPCO può essere migliorata. Dati di letteratura suggeriscono anche che la BPCO è una malattia probabilmente poco approfondita e conseguentemente sottotrattata.

► Materiali e metodi

In un'attività ECM è stata programmata un processo di verifica di un modello organizzativo per la gestione del paziente con la BPCO.

Tale attività è stata programmata prevedendo 18 ore di formazione, rispettivamente 8 di formazione residenziale e 10 di formazione sul campo negli studi dei singoli medici di medicina generale.

Due specialisti pneumologi hanno svolto un'attività formativa all'interno di alcuni studi di Mmg effettuando esami spirometrici sui pazienti precedentemente identificati come "pazienti a rischio" dai singoli medici di famiglia.

► Obiettivi

Gli obiettivi che tale attività si proponeva di raggiungere erano:

1. Migliorare la conoscenza delle tecniche diagnostiche e di moni-

toraggio da parte del Mmg.

2. Ottimizzare la diagnosi, il trattamento e il follow-up di pazienti con asma e BPCO.

3. Implementare la conoscenza dei nuovi farmaci attualmente messi a disposizione del Mmg nella gestione del paziente con malattia cronica respiratoria.

Contemporaneamente è stata condotta un'attività di empowerment nei confronti del paziente per rinforzare la sua aderenza alla terapia medica predisposta dal medico di medicina generale.

Il problema dell'aderenza alla terapia è sempre più importante in considerazione della necessità di ottimizzare l'uso delle risorse territoriali messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale.

L'attività ha permesso di migliorare il counselling sia sugli aspetti più strettamente legati alla diagnosi e alla terapia farmacologica, sia sulla presenza e sulla rilevanza della comorbidità correlata alla malattia respiratoria cronica, sia sulla necessità di interrompere la dipendenza dalla nicotina, sia per ottimizzare l'aderenza alla terapia vaccinale influenzale e antipneumococcica.

L'attività di empowerment sull'aderenza alla terapia deve considerare:

1. fattori legati alla terapia;
2. fattori legati al paziente;
3. fattori legati alla malattia e alla sua gravità;
4. fattori legati alla tipologia del rapporto medico-paziente;
5. fattori socio-economici legati al Servizio sanitario nazionale.

► Risultati della survey

La valutazione dello stadio spirometrico nei pazienti valutati presso gli studi dei medici di medicina generale ha permesso:

- di diagnosticare con più precisione i pazienti affetti da disturbo respiratorio cronico;
- la stadiazione più precisa e puntuale ha permesso di impostare una terapia più appropriata;
- è stato possibile rinforzare il suggerimento di interrompere la dipendenza da nicotina e sottoporsi a vaccinazione antinfluenzale come suggerito nei PDTA proposti dalla Regione Lombardia;
- è stata valutata l'interferenza delle comorbidità ed è stata impostata una più appropriata terapia delle riacutizzazioni.

► Il punto di vista del paziente

Il gradimento del paziente non è stato indagato con un questionario prestabilito, tuttavia, sia ai Mmg che agli specialisti coinvolti, i pazienti hanno manifestato il loro gradimento per poter effettuare presso lo studio del proprio Mmg una valutazione specialistica riferita al proprio problema respiratorio.

Gli esami spirometrici sono stati concentrati in tre pomeriggi e i pazienti sono stati notevolmente facilitati nelle procedure di prenotazione.

► Il punto di vista dello specialista

Svolgere la propria attività all'interno dello studio del Mmg per lo specialista non necessariamente rappresenta un incentivo profes-

sionale. Anche se può essere stato interessante il rapporto personale con alcuni Mmg, questo elemento non può essere considerato risolutivo.

Un aspetto da considerare, che può essere di una certa utilità, è il definire con maggiore chiarezza le indicazioni alla richiesta di una consulenza specialistica da parte del Mmg. Infatti, se il medico di famiglia raggiunge una maggiore autonomia nella gestione del paziente "semplice" la richiesta di consulenza specialistica è più adeguata e il lavoro dello specialista nella struttura ospedaliera di riferimento diventa più organico.

► Il punto di vista del Mmg

Anche questa variabile non è stata studiata con un questionario specifico, tuttavia, durante la formazione residenziale svolta in chiusura dell'attività ECM, molti colleghi hanno espresso un apprezzamento per il lavoro svolto e per i consigli forniti dagli specialisti nella gestione clinico-assistenziale dei casi pratici proposti.

► Conclusioni

Quest'attività non è risultata utile solo dal punto di vista della gestione farmacologica, ma è servita a evidenziare un approccio più complessivo finalizzato a considerare sia i problemi collegati ai trattamenti, sia i costi assistenziali diretti e indiretti che gravano sul nostro Servizio sanitario nazionale.

La valutazione dell'attività ECM ha permesso di identificare alcuni dati positivi e altri su cui è necessaria una riflessione.

► Elementi positivi

1. Utilità nell'implementare procedure professionali condivise con lo specialista.
2. Facilitare il monitoraggio di pazienti a bassa compliance.
3. Ottimizzare diagnosi, terapia e monitoraggio del paziente con disturbo respiratorio cronico.
4. Definire il ruolo della comorbidità nella gestione complessiva del paziente con BPCO.
5. Chiarire meglio le differenti competenze fra Mmg e specialista.

► Criticità

1. Esistono dei problemi fiscali nel riconoscere agli specialisti un adeguato compenso a questa specifica attività. Facilitare gli utenti attraverso con più facile accesso alle prestazioni non deve penalizzare il personale medico coinvolto.
2. La selezione dei pazienti da studiare negli studi degli Mmg è stata talvolta casuale e non rispondeva a criteri predefiniti.
3. L'attività di valutazione avrebbe dovuto prevedere una raccolta di gradimento da parte degli utenti e dei medici coinvolti.
4. Il modello gestionale è sicuramente utile, ulteriori sperimentazioni dovrebbero essere condotte per affrontare e risolvere le criticità emerse.

L'attività dello specialista all'interno dello studio del Mmg deve essere più specificatamente "regolamentata" da parte delle istituzioni. Le istituzioni devono ottimizzare questi aspetti collaborativi, già esistenti per conoscenza personale ma che devono essere strutturati per raggiungere obiettivi di maggior significato clinico-statistico.

Le carni rosse assolve dall'accusa di provocare il cancro. È questo l'esito del "processo" organizzato dall'OMCeO di Milano. Un processo particolare, ma con veri magistrati: Fabio Roia, presidente di sezione del Tribunale di Milano, Paola Pirotta, sostituto procuratore a giocare il ruolo di pubblico ministero (l'accusa), e una difesa assicurata dall'avvocato Enrico Moscoloni. Tutti affiancati da autorevoli periti: Massimo Zuin, professore di Medicina Interna UNIMI come Consulente Tecnico d'Ufficio, Alberto Donzelli, Dirigente Area Educazione all'Appropriatezza ed EBM dell'ATS - Città Metropolitana di Milano come Consulente Tecnico Particolare (CTP) dell'Accusa e Antonio E. Pontiroli, Prof. di Medicina Interna UNIMI come CTP della Difesa. Sul banco degli imputati, in rappresentanza di tutti i componenti della filiera che produce e commercia carne rossa, lo chef Matteo Scibilia, Ristoratore dell'"Osteria della buona condotta", che ha accettato di "difendersi" nel processo.

Molte le argomentazioni a sostegno dell'accusa portate nel dibattimento dal PM, riassunte in buona parte dalla posizione dell'International Agency for Research on Cancer (IARC) di Lione, un'agenzia dell'OMS che ha valutato e classificato le prove di cancerogenicità delle sostanze presenti nella carne rossa e in quelle lavorate, definendo la carne rossa come "probabilmente cancerogena".

Sintetica ed essenziale, la tesi dell'avv. Moscoloni per la difesa: "non esistono norme che statuiscono che la carne rossa sia pericolosa: le leggi mettono sotto accusa solo le frodi alimentari".

Ma soffermiamoci in dettaglio su quanto affermato dai Tecnici di parte: Alberto Donzelli (accusa) e Antonio E. Pontiroli (difesa).

Carne rossa: dibattito tra pro e contro

► Carne rossa: parola all'accusa

"Le conclusioni IARC sulla cancerogenicità "certa" per la carne trasformata (come i salumi, ndr) e "probabile" per la carne rossa - afferma Donzelli -, in questo caso soprattutto per il cancro intestinale, ma con associazioni rilevate anche per i casi di pancreas e prostata, non hanno costituito il principale argomento dell'accusa. Anzi, se si considerano gli effetti generali sulla salute, sintetizzati dalla mortalità per causa, i dati presentati sono allarmanti: ricavati dalla ricerca EPIC, su quasi 450 mila europei di 10 paesi, Italia inclusa, i numeri mostrano che 100 g al giorno di carne rossa si associano a un aumento tendenziale delle altre cause di morte, a partire dalle CV, mentre proprio le morti tumorali apparentemente non si modificano". Il Ministero della Salute raccomanda di evitare un consumo eccessivo di carne (sia fresca che trasformata): "occorre, tuttavia, tentare di definire in modo quantitativo in cosa consista un consumo eccessivo", continua Donzelli. In questo esercizio può aiutare il Rapporto *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer* del WCRF e dell'American Institute for Cancer Research (che sarà completato nel 2017), che ha coinvolto anche OMS e FAO e oltre 260 scienziati: "In questo rapporto - conclude Donzelli - si legge la Raccomandazione 5: "Limitare l' *intake* di carne rossa ed evitare quella trasformata: l'obiettivo per la salute pubblica è che il consumo complessivo di carne rossa non superi i 300g a settimana, di cui ben poca (o niente) sia carne trasformata".

► Carne rossa: parola alla difesa

La parola al Prof. Pontiroli. "Il consumo di carne rossa si inserisce in un vasto

insieme di abitudini che hanno probabilmente un'incidenza negativa molto maggiore (obesità, inattività fisica, fumo, alcol); solo citandoli si può concludere che pensare alla carne rossa come responsabile dell'aumento di tumori e patologie CV è, quantomeno, difficile da sostenere con certezza". Parole supportate anche da uno studio durato 28 anni e condotto su un campione di infermiere: "Se è vero che queste donne, che hanno consumato 150g di carne rossa/die, hanno fatto registrare un 30% di probabilità in più di sviluppare malattie mortali, se si osservano i risultati con occhio attento, si vedrà come queste donne siano anche fumatrici e poco attive fisicamente: come si può concludere che il rischio di mortalità sia legato alla carne rossa?", conclude Pontiroli.

► La sentenza

Prima che i Giudici si riunissero in Camera di Consiglio, Massimo Zuin, consulente Tecnico d'Ufficio, ha esposto il suo punto di vista: "Non si può parlare di rapporto provato causa-effetto tra carni rosse e tumori, ma solo di una certa correlazione, peraltro comune a tanti altri alimenti". Di conseguenza, il Collegio giudicante, per bocca del Presidente Fabio Roia, ha comunicato l'assoluzione "per non aver commesso il fatto" degli imputati, a partire dallo chef Matteo Scibilia. (s.m.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a A. Donzelli e A.E. Pontiroli