

M.D.

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

Anno XXV, numero 5 - giugno-luglio 2018

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Politiche sulle cronicità:
molte leggi e pochi fatti**

CONTRAPPUNTO

12

**Dove sta andando
la Medicina Generale?**

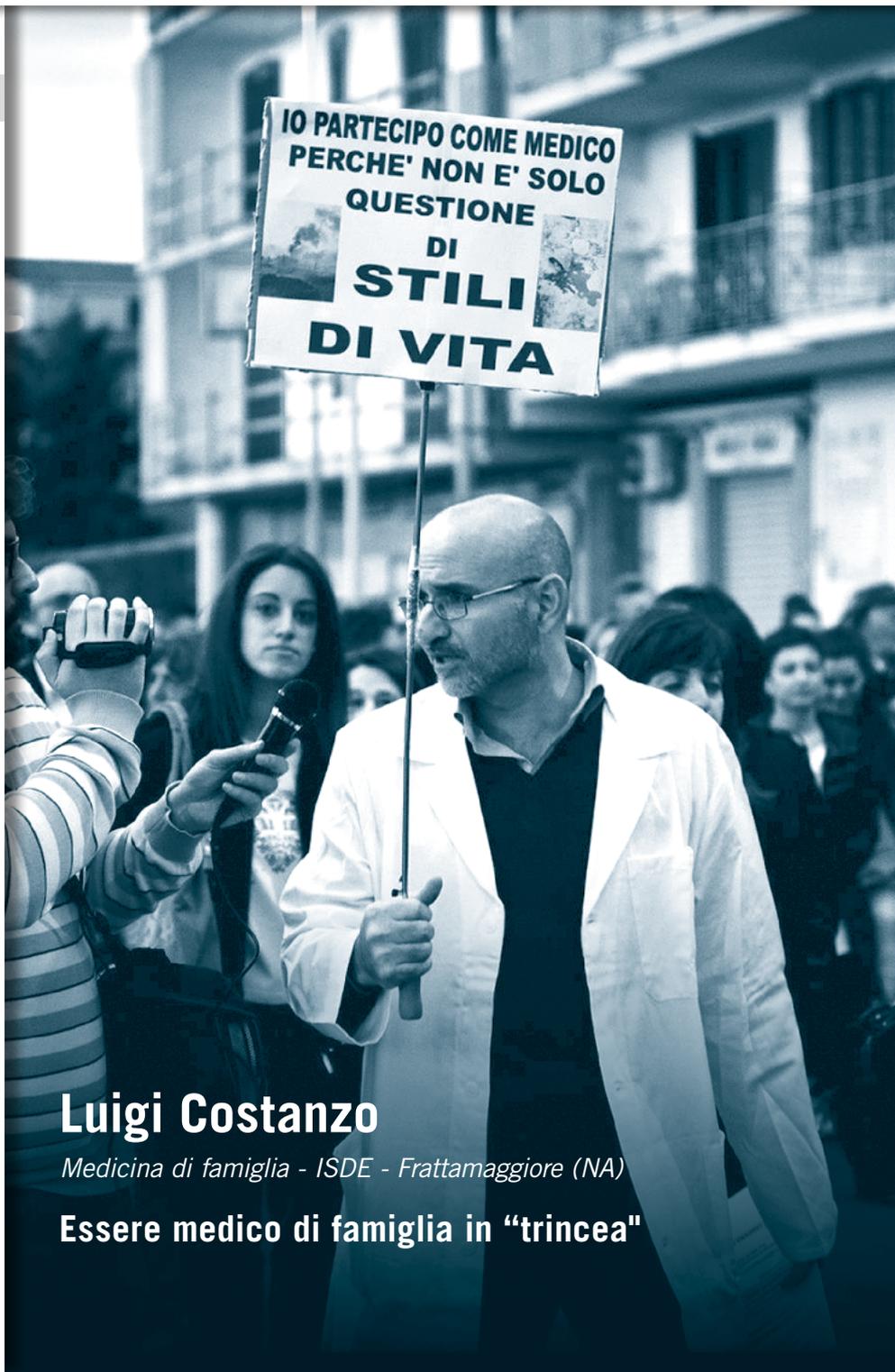
MANAGEMENT

32

**Gestione del paziente
diabetico con multimorbilità
cardiovascolare**



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



Luigi Costanzo

Medicina di famiglia - ISDE - Frattamaggiore (NA)

Essere medico di famiglia in "trincea"

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Essere medico di famiglia in "trincea" 5
- **Focus on**
Politiche sulle cronicità: molte leggi e pochi fatti 6
- **Prospettive**
La Convenzione che verrà rischia di essere una macedonia 8
- **Tribuna**
Lo tsunami che spazzerà via i Mmg si avvicina 9
- **Riflettori**
Equivalenza terapeutica e determina Aifa: i rischi 10
- **Contrappunto**
Dove sta andando la Medicina Generale? 12
- **Il caso**
La fuga dei camici bianchi in Campania 14
- **Sentenze**
Il tempo di cura non può essere cronometrato 15
- **Legislazione**
Il trattamento dei dati sanitari nei percorsi di cura e nuovo regolamento UE 16

AGGIORNAMENTI

- **Endocrinologia**
Terapie per l'osteoporosi e questioni odontoiatriche 20
- **Iperensione arteriosa**
Nuove Linee Guida europee: obiettivo migliorare il trattamento 21
- **Medicina interna**
Strategie di integrazione con sali di potassio 22
- **Medicina respiratoria**
Device inalatori e governance di asma e BPCO 23
- **Radiologia interventistica**
Trattamento endovascolare del varicocele maschile 24
- **Neurologia**
TIA e ictus minore, non abbassare la guardia 26

CLINICA E TERAPIA

- **Clinica**
Ipotensione arteriosa e sincope.
Il procedimento clinico decisionale nella diagnosi differenziale 30
- **Management**
Diabete e multimorbilità cardiovascolari 32
- **Diagnostica**
Test per lo screening della memoria 34
- **Prevenzione**
Modelli alimentari e attività fisica 36
- **Rassegna**
Accesso retroperitoneale, raro ma temibile 38
- **Ricerca**
Esposizione a campi elettromagnetici e salute della popolazione 42
- **Osservatorio**
Benefici del tango nel Parkinson 45
- **Epidemiologia**
I numeri della sorveglianza Passi 46

Essere medico di famiglia in “trincea”

Medico in trincea, così si sente spesso **Luigi Costanzo**, medico di famiglia di Fratamaggiore (NA), assunto agli onori della cronaca cittadina, e non solo, per aver dato vita, con i suoi colleghi dello studio associato Humanitas, al ‘ticket sospeso’ per chi non può curarsi. Si tratta di una ‘cassa di comunità’ i cui proventi sono attinti da una parte dei compensi per prestazioni, elencate a pagamento dalla convenzione, a cui i medici rinunciano, invitando gli assistiti a dare un’offerta libera che servirà ad alimentare la ‘cassa di comunità’, cioè il fondo da cui attingere per permettere a persone che si trovano in difficoltà di poter accedere ad esami e farmaci che altrimenti non potrebbero permettersi.

“La risposta a questa iniziativa solidale - spiega a *M.D. Medicinae Doctor* Costanzo - ci ha sorpreso in maniera positiva, in tre mesi abbiamo raccolto quasi mille euro erogando dei ‘ticket sospesi’ pari a circa 400 euro”.

“Esercito la professione in un territorio in piena Terra dei Fuochi dove il disagio sociale, lo scempio ambientale e la disorganizzazione di chi dovrebbe amministrare e prendere decisioni - tiene a precisare - rende molto difficile ai medici tutelare la salute dei cittadini e degli assistiti. Un territorio dove si ha la triste sensazione che la salute, la sanità, stia diventando un privilegio per quei pochi che hanno i soldi o i santi in paradiso. A volte mi pervade la sensazione di essere un medico in trincea, che cura persone che sono in guerra senza sapere di esserlo, rimediando solo ai danni della guerra senza, però, poter far niente per fermarla. Mi riferisco allo scempio ambientale all’impossibilità di poter fare prevenzione primaria attraverso la tutela dell’aria, dell’acqua della terra di ciò che mangiamo e confesso che spesso mi sento sconfitto come medico e credo dovrebbe esserlo anche un Paese che si definisce civile quando anche un solo bambino si ammala e muore per una causa evitabile che io, le istituzioni, il Paese potevamo evitare attraverso la prevenzione primaria, attraverso la tutela dell’ambiente”. Non è un caso, quindi, che Costanzo sia anche un medico dell’Associazione Medici dell’Ambiente (ISDE) .

“Si potrebbero fare molte cose per arginare tale situazione, ad esempio, a livello nazionale rimodulare l’erogazione dei fondi e dei tetti di spesa sanitaria, non più in base a sole caratteristiche anagrafiche, ma tenendo conto anche dell’aspetto epidemiologico, abbiamo visto gli ultimi dati di Sentieri che dicono che nei territori dove c’è inquinamento ci si ammala e si muore di più”.

“A livello regionale - continua - sarebbe importante ottimizzare quella che è la prevenzione secondaria che è carente nei nostri territori e quindi potenziare le varie fasi che vanno dagli screening all’approfondimento diagnostico alla presa in carico del malato oncologico. Nel nostro territorio questo non avviene e tra la diagnosi di una malattia e la presa in carico del paziente i tempi si dilatano troppo. A livello locale è necessario creare reti tra i Mmg, mettendo in comune quelle che sono le informazioni presenti nei database che possono dare al decisore politico la possibilità di poter prendere dei provvedimenti e orientare le spese sanitarie in base a quella che è la fotografia del territorio in tempo reale, perché noi Mmg siamo in grado di dare in tempi brevi e a costi contenuti la mappatura del territorio, delle patologie che sono presenti, nello specifico le patologie tumorali, mentre, per esempio, il registro tumori ha un gap di 4-5 anni”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Luigi Costanzo

Politiche sulle cronicità: molte leggi e pochi fatti

Mentre il recepimento del Piano Nazionale Cronicità procede a rilento e a macchia di leopardo, le persone con patologie croniche non si sentono al centro del percorso di cura, denunciando difficoltà di accesso ai servizi e nessuna risposta ai disagi economici e psicologici. È quanto sottolinea il XVI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva presentato di recente a Roma dal Coordinamento nazionale delle associazioni di malati cronici

Si fanno riforme, atti e provvedimenti, ma le persone con patologie croniche e rare ancora non vedono grandi risultati e non si sentono al centro del percorso di cura. Oltre il 70% vorrebbe che si tenessero in maggiore considerazione le difficoltà economiche e il disagio psicologico connessi alla patologia. Chiedono cure più umane, attraverso ad esempio un maggior ascolto da parte del personale sanitario (80,5%), liste d'attese meno lunghe (75,6%), aiuto alla famiglia nella gestione della patologia (70,7%) e meno burocrazia (68,2%).

È il quadro che emerge dal XVI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità presentato di recente a Roma dal Coordinamento nazionale delle associazioni di malati cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva, con il sostegno non condizionato di MSD. Al Rapporto hanno partecipato 50 associazioni di pazienti con patologie croniche (52%) e rare (48%), con l'obiettivo di verificare quanto il Piano nazionale delle cronicità (PNC), varato di recente, sia ad oggi rispettato nelle sue diverse fasi.

Nella fotografia scattata dal Rapporto si delinea una distanza epocale fra quelli che sono i modelli di presa in cura previsti nelle norme, che prevedono una presa in carico totale e personalizzata, l'*empowerment* della persona con malattia cronica, percorsi e piani di cura e quella che è la realtà delle persone che sono costrette a barcamenarsi fra liste d'attesa, burocrazia inutile, professionisti e sistemi che non comunicano fra loro, costi privati e disagi psicologici.

► L'implementazione del PNC latita

“È sempre più insostenibile lo scarto tra la mole di norme e atti di programmazione prodotti negli ultimi anni - ha dichiarato **Tonino Aceti**, responsabile del CnAMC- e la loro effettiva capacità di apportare cambiamenti reali nella vita quotidiana delle persone con malattie croniche e rare e delle loro famiglie. Al Governo e alle Regioni chiediamo di passare dagli atti ai fatti sulle politiche per la presa in carico della cronicità in ogni angolo del Paese. Gli esempi più macroscopici sono il Piano nazionale Cronicità, approvato ormai 20 mesi fa,

e i nuovi Lea, in vigore da 14 mesi. Ebbene il recepimento del Piano procede a rilento e a macchia di leopardo: ad oggi solo Umbria, Puglia, Lazio, Emilia Romagna e Marche lo hanno recepito formalmente, mentre il Piemonte ha l'iter di recepimento ancora in corso. I nuovi Lea che riconoscono nuovi diritti per i cittadini, per una buona parte invece sono ancora totalmente bloccati dalla mancata emanazione dei due decreti per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali e quello dei dispositivi protesici. E ancora mancano gli accordi di Stato e Regioni sui criteri per uniformare l'erogazione delle prestazioni demandate alle regioni che, se approvati, potrebbero ridurre iniquità e oneri inutili per i cittadini. E se nel Piano cronicità le Associazioni hanno avuto e continuano ad avere un ruolo da protagoniste e hanno un luogo, la Cabina di Regia, in cui concorrere all'implementazione e al monitoraggio, altrettanto non si può dire per i Lea che restano autoreferenziali. L'appello che lanciamo è quello di aprire la Commissione Nazionale Lea alle organizzazioni civiche”.

I pazienti lombardi preferiscono il medico di famiglia 'gestore'

La riforma lombarda sulla presa in carico del paziente cronico procede e i pazienti scelgono il medico di famiglia come 'gestore'. Nei prossimi cinque anni però lasceranno la professione per pensionamento un numero importante di Mmg, molti di questi, visto il ridotto numero di medici formati dalla scuola regionale di formazione specifica in Medicina Generale, non saranno sostituiti. È questa una delle criticità evidenziate nel recente convegno, "Innovazione e cure primarie. Coordinamento Fimmg-Cooperative. I numeri della presa in carico", svoltosi a Milano, che nasce dal coordinamento Fimmg-Cooperative in collaborazione con Motore Sanità e SIFMed - Scuola Italiana di Formazione Ricerca in Medicina di Famiglia per una visione unitaria della situazione alla ricerca di soluzioni utili a realizzare la riforma lombarda sulla cronicità.

I medici di medicina generale si sono organizzati in cooperative per poter attuare il nuovo disegno: allo stato attuale la propensione dei medici ad associarsi in cooperativa è risultata quasi del 50%. Dal 15 gennaio al 15 maggio, inoltre, sono stati invitati i pazienti cronici a scegliere un 'gestore' per organizzare il proprio percorso di cura. I pazienti hanno scelto come gestore il proprio medico di famiglia quando era possibile: su 276mila pazienti che hanno accettato di aderire alla proposta regionale e di cui è partito l'iter di presa in carico, la quasi totalità hanno scelto come 'gestore' il proprio Mmg. La presa in carico è partita da metà marzo, data in cui si hanno avuto i primi Piani assistenziali individuali (Pai) previsti dal Piano Nazionale della Cronicità e contrattualizzati anche economicamente nell'accordo regionale sottoscritto da Fimmg e Snami: oggi si cre-

sce con 2mila Pai al giorno e sono in crescita esponenziale, attualmente sono 149mila. Secondo Fimmg Lombardia, sulla base dei dati evidenziati, solo la medicina generale può gestire il percorso del paziente cronico, ma esistono criticità che vanno affrontate.

► Le criticità

Secondo Fimmg Lombardia nella riforma in atto, alcuni problemi necessitano di una soluzione veloce e condivisa, tra questi gli *slot* delle agende dedicate da parte degli erogatori, il ruolo del *Clinical Manager* ospedaliero, i rapporti tra gestori, cogestori ed erogatori, l'implementazione informatizzata per ottimizzare gli strumenti della presa in carico, la creazione del centro servizi in *house* alla medicina generale o l'attuazione degli accordi sulle prenotazioni da contrattualizzare con tutta la filiera degli erogatori sia pubblici che privati. In più emerge la necessità di valorizzare anche la figura del Mmg 'cogestore' che inizialmente Fimmg Lombardia non aveva considerato una reale alternativa.

La numerosità e la 'bio-diversità' dei soggetti gestori previsti dalle delibere regionali pone il medico di fronte a modelli eterogenei che sente spesso estranei alla sua collocazione professionale e difficilmente identificabili in un processo di collaborazione/appartenenza.

► Le richieste

"È necessario che Regione Lombardia metta in campo tutti i necessari interventi per portare ad una rapida soluzione degli accordi collettivi nazionali - ha dichiarato **Gabriella Levato**, Segretario regionale Fimmg Lombar-

dia - in modo da contemplare nell'Acn quegli strumenti che rendano possibile l'integrazione dei diversi attori coinvolti nella presa in carico. Anche gli accordi integrativi regionali devono mirare ad un adeguato utilizzo delle risorse incentivanti disponibili, ad esempio le indennità di governo clinico, senza disperderle su attività di scarsa efficacia clinico/assistenziale. Inoltre sono indispensabili nuove risorse, parte delle quali rivolte direttamente al sostegno e all'organizzazione, oltre che del gestore, degli studi dei medici di famiglia, che necessitano in modo drammatico del supporto diretto di infermieri e di personale di studio, oltre all'apporto organizzativo che si è implementato all'interno del soggetto gestore. Va comunque riconosciuto come quello di Regione Lombardia sia stato il primo e concreto tentativo di attuazione del Piano nazionale della cronicità. Ci aspettiamo un atto che definisca in modo esplicito ruoli e responsabilità professionali dei diversi soggetti coinvolti nella filiera del processo di presa in carico, onde evitare dubbi e conflitti riconducendo le diverse attività ai ruoli previsti dalla legge Gelli-Bianco sulla responsabilità professionale".

Al convegno è intervenuto anche **Silvestro Scotti**, segretario nazionale Fimmg: "In questo momento - ha precisato - è fondamentale rivalutare la figura del medico del territorio, l'emergenza di questo Paese rimane l'invecchiamento e l'aumento della cronicità, quindi è necessaria una presa in carico a intensità assistenziale maggiore già a partire dal primo contatto con il cittadino, in questo modo, a esempio, si potrebbero ridurre gli accessi impropri in ospedale e le liste di attesa".

La Convenzione che verrà rischia di essere una macedonia

Ne è convinto Bruno Agnetti del Centro Studi di Programmazione Sanitaria Smi Emilia Romagna. Per Agnetti la riscossione degli arretrati del 2011-2015, che si avvicina, rischia di essere una magra consolazione perché quello che si prospetta: “è una futura convenzione che pare non essere in grado di incidere in modo significativo sul riordino delle cure primarie”

Ormai ci siamo, dopo il via libera della Corte dei Conti e la calendarizzazione nella Conferenza delle Regioni per l'approvazione degli accordi nazionali dei medici delle cure primarie e del 118, la riscossione degli arretrati del 2011-2015 si avvicina. “Pur essendo stata una firma relativamente formale quella relativa alla pre-intesa per il rinnovo della convenzione dei medici delle cure primarie, per riagguantare gli arretrati - dichiara a *M.D. Medicinae Doctor* **Bruno Agnetti**, Centro studi di programmazione sanitaria Smi Emilia Romagna - in effetti si prospettano (con modalità da definire) l'adesione ai piani nazionali che diventano ora urgenti e che dovrebbero in effetti anche affrontare il cambio generazionale (che potrebbe riservare innovazioni sui tempi, sulle modalità e sui massimali). Le ultime vicende relative al tema della sicurezza della continuità assistenziale (CA) potrebbe inoltre apportare innovazioni relativamente alla distribuzione e alle modalità organizzative sul territorio della stessa CA”.

“Il testo dell'Acn che le istituzioni e i rappresentanti sindacali hanno

ora a disposizione - tiene a spiegare Agnetti - è composto da un articolato di base che si regge in buona parte sulla convenzione del 2005, alla quale vengono aggiunti l'Acn del 2009 e le integrazioni del 2010 e infine gli elaborati più recenti del marzo 2018. Già questa narrazione un po' cronologica ci fa comprendere quanto il percorso normativo sia stato tribolato in un contesto dove la medicina generale si è evoluta in modo esponenziale, ma i medici sono rimasti al palo con un prossimo accordo collettivo nazionale che pare non essere in grado di incidere in modo significativo sul riordino delle cure primarie”.

► Dare voce alla professione

“In questo periodo i cambiamenti sociali sono stati vorticosi - ha sottolineato - ma continua ad essere assente un disegno culturale unitario di riordino delle cure primarie territoriali. Tutto ciò porta inevitabilmente a minare le relazioni di fiducia tra istituzioni, cittadini e professionisti della salute”. “Sarebbe ora urgente e necessario dar vita ad un 'prodotto' di

rottura innovativo capace di modernizzare l'attuale modello organizzativo delle cure primarie che non è più adeguato al contesto. I professionisti da anni provano a indicare soluzioni, per la verità mai richieste e tutto quindi resta un mero esercizio letterario a causa dell'assenza di interlocutori in grado di comprendere e condividere impegni e scelte coraggiose orientate alla soluzione di bisogni espressi e non espressi degli assistiti, dei medici e di tutti i professionisti della sanità del territorio. Occorrerebbero urgentemente soluzioni ampie, flessibili, adattabili, che tengano conto della pluralità degli attori che operano nel territorio delle loro competenze e esperienze. In questo modo si possono effettivamente individuare soluzioni di reale *problem solving*”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Bruno Agnetti

Lo tsunami che spazzerà via i Mmg si avvicina

“Silver Tsunami” così la Fimmg Veneto ha definito il ricambio generazionale che si abatterà sul mondo della Medicina Generale nei prossimi dieci anni. Lo ha messo nero su bianco sul documento che ha consegnato alla V Commissione Sanità del Veneto che chiedeva “lumi” per affrontare la carenza di Mmg e di medici ospedalieri che sta già creando problemi

// Nei prossimi 10 anni avverrà uno sconvolgente ricambio generazionale all'interno del mondo della medicina generale, un fenomeno talmente importante da essere ribattezzato *Silver Tsunami*. È quanto si legge in un passaggio del documento consegnato dal segretario regionale della Fimmg Veneto, **Domenico Crisarà** alla V Commissione Sanità regionale nella recente audizione in cui sono stati convocati i Mmg assieme ai colleghi ospedalieri del Veneto per affrontare la questione della carenza di organico.

I dati sono ben noti a tutti, ma forse è il caso di ricordare che secondo le proiezioni dell'Enpam nel 2028 il nostro Paese potrà contare solo su 12mila Mmg visto che 33mila saranno andati in pensione insieme a 47 mila medici ospedalieri. Nel frattempo lo *tsunami* si avvicina sempre più e colpisce l'intero Stivale e tutta la categoria dei medici. Stiamo infatti assistendo ad un vero *boom* di pensionamenti e di richieste di andare in pensione, accompagnati da auto-dimissioni di medici del Ssn che cercano rifugio nella sanità privata dal disagio lavorativo che vivono nella sanità pubblica.

► I dati Fiaso

I recenti dati della ricerca Fiaso lo confermano: a fronte di 4 medici dirigenti su 5 disposti a difendere il Ssn “sempre e comunque”, un quinto non ne può più di guardie e pronte disponibilità. Una situazione grave come ha ricordato il vice presidente della FNOMCeO **Giovanni Leoni**, sottolineando che il “gap sta crescendo a svantaggio del pubblico ed è tempo di affrontare il tema a livello deontologico e contrattuale”.

Di fronte a questa carenza, in un Paese che può contare solo su cambiamenti a ‘isorisorse’, ognuno, facendo leva sull'italico ingegno, si inventa qualcosa di originale come ha fatto per esempio l'AOU Emilia che ha approvato un regolamento che permetterà ai medici in pensione di essere impiegati gratuitamente per incarichi di assistenza e ricerca.

► Percorso a ostacoli per i giovani medici

Nel frattempo i giovani medici che decidono di esercitare la Medicina Generale si devono armare di co-

raggio e pazienza. Basti pensare che al momento solo 8 Regioni hanno pubblicato i bandi per l'accesso al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale. Ma hanno una speranza che qualcosa cambi.

A dargliela è la sigla del nuovo Acn che nella prima parte mira a velocizzare l'ingresso dei giovani alla professione, prevedendo anche la possibilità di acquisire incarichi di continuità assistenziale e quindi di fare attività pratica durante il corso, incrementando così anche gli introiti della sola borsa di studio che, ricordiamo, non è uguale a quella percepita dai colleghi che scelgono altre specialità.

Per sopperire a questa ingiustizia tutti coloro che dal 1993 ad oggi hanno frequentato o stanno frequentando il corso di formazione, percependo solo una borsa di studio, a fronte di quanto invece realmente dovuto, al pari degli altri colleghi specializzandi, hanno una chance, potranno decidere di adire le vie legali, attraverso una azione collettiva nata il 13 aprile 2018, chiedendo un risarcimento allo Stato.

Equivalenza terapeutica e determina Aifa: i rischi

Per il presidente dello Snamì Angelo Testa nei criteri per determinare l'equivalenza terapeutica tra due o più farmaci stabiliti dall'Aifa è palese il rischio che il farmaco meno costoso abbia la meglio a scapito della libera scelta del medico. Estremamente critico nei confronti di una misura già paventata per il passato anche il segretario nazionale Fimmg Silvestro Scotti che ribadisce un presupposto inalienabile per la medicina: "In tema di farmaci vale il principio 'uno vale uno', attenzione a dimenticarlo"

Critiche pesanti del sindacato Snamì all'emanazione da parte dell'Aifa dei criteri per determinare l'equivalenza terapeutica tra due o più farmaci. L'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha infatti pubblicato la determina n. 818 del 2018 - simile a un provvedimento di due anni fa (458/2016) - che definisce la procedura e le linee guida di valutazione dell'equivalenza terapeutica. Tale procedura ripristinata dall'Aifa prevede che l'Agenzia, tramite la Commissione tecnico scientifica (Cts), si pronunci sull'equivalenza terapeutica delle terapie di categoria omogenea su specifica richiesta delle Regioni. Il punto chiave è quindi la possibilità per le Regioni di attivare gare regionali sulla base delle linee guida contenute nell'allegato della determina, con l'obbligo però di riservare una quota per le eventuali prescrizioni in deroga da parte dei medici, che dovranno motivare la richiesta.

► Una scelta sconsigliata

"È sconsigliato - sostiene **Angelo Testa**, Presidente nazionale dello Snamì, dettare le linee guida per

valutare l'equivalenza terapeutica di farmaci contenenti differenti principi attivi. Come già espresso a suo tempo ribadiamo un no convinto dello Snamì a questo genere di percorsi perché non esiste equivalenza terapeutica certa per medicinali contenenti principi attivi diversi, ma solo caratteristiche simili. Per noi prevalgono logiche meramente economiche di risparmio". La questione, infatti si era presentata in tutta la sua complessità già nel 2016 e allora Snamì aveva sottolineato: "Le Regioni in *deficit* punteranno sul farmaco meno costoso. In questo modo entreranno a gamba tesa sull'autonomia prescrittiva del medico, che di fronte a un cronico stabilizzato, recuperato alla salute con un altro principio che invece la Regione ripudierà in quanto meno conveniente, dovrebbe adeguarsi. Ma noi non possiamo derogare senza motivazioni forti e dirimenti dai principi di precauzione e di continuità terapeutica". Un concetto che il presidente Snamì ribadisce: "Si rischia che le Regioni, notoriamente con problemi di bilancio ed alcune in piano di rientro, 'selezionino' ed impongano per ogni patologia dei farmaci, non

necessariamente i migliori per ottimizzare una terapia ad un paziente, scegliendoli secondo logiche di 'somiglianza' tra loro. Un percorso 'equivalente' negativamente al 'pensiero unico' cioè all'assenza di differenziazione nell'ambito delle concezioni e delle idee politiche, economiche e sociali. Infatti il concetto di equivalenza terapeutica 'reale' non trova alcun riscontro nella letteratura scientifica internazionale, a meno che qualcuno pensi che in nome del risparmio, tutto sia consentito".

Fimmg: preservare gli aspetti clinici, non quelli economici

"Il ministro Giulia Grillo ha espresso la volontà di avviare un lavoro finalizzato a trovare una sinergia in particolare col Mef per difendere il sistema pubblico, invertendo la rotta dei finanziamenti di questi ultimi anni. Direi che abbiamo già una grande occasione per salvare il diritto dei pazienti di scegliere quale terapia seguire, e dei medici di prescrivere sulla ba-

se di una *compliance* che guardi ad aspetti clinici e non economici". Così il Segretario Generale Nazionale della Fimmg **Silvestro Scotti** commenta la determina dell'Aifa, sull'impiego di 'terapie equivalenti'.

Estremamente critico nei confronti di una misura già paventata per il passato, Scotti ribadisce un presupposto inalienabile per la medicina: "In tema di farmaci vale il principio 'uno vale uno', attenzione a dimenticarlo". Poi avverte sul rischio di "iniziare a guardare al sistema salute portando avanti ragionamenti puramente economici, coprendoli peraltro con una presunta veste scientifica, del tutto discutibile". Il riferimento è alla dichiarata valenza scientifica dell'equivalenza terapeutica. "A noi - prosegue il Segretario Fimmg - sfugge questa evidenza. E certo non ci aiuta il fatto che la determina non riporti a supporto di questa valenza scientifica alcuna bibliografia. Su questi temi sarebbe, come succede in molti paesi 'civili' non solo il caso di essere puntuali, ma anche di aprire una consultazione pubblica prima di addivenire ad una decisione che tenga conto del parere degli addetti ai lavori, delle associazioni dei pazienti e, visto che rappresenta il modo con cui vogliamo concepire il Ssn, dei cittadini".

► Appello al ministro Grillo

Rifacendosi poi alle parole del Ministro Grillo, il Segretario Scotti augura che il desiderio di 'invertire la rotta dei finanziamenti' possa essere l'ottimo spunto per rivedere i criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale, ma rivedere

anche il finanziamento del Ssn che oggi è inadeguato rispetto ai bisogni e agli obiettivi assunti. "In questo contesto - dichiara Scotti - spingere sull'equivalenza terapeutica, che è ben diversa dall'equivalenza di molecole che i cittadini hanno imparato a conoscere sui farmaci, significa intervenire sulle Regioni in carenza di risorse, ma anche ridurre l'efficacia".

Silvestro Scotti, rivendica con forza il ruolo e le attribuzioni della Medicina Generale che non ne può più di essere messa nel trita-carne di sistemi che regolano la prescrizione strizzando l'occhio al Mef. "Vige oggi un duplice sistema - dice - che di fatto tende a schiacciare il Mmg tra i vincoli imposti da delibere regionali e quello che di fatto è un blocco per l'accesso ai farmaci innovativi, trasformati in oggetti del peccato". Su questo tema, il Segretario Nazionale della Fimmg concorda sull'esigenza espresso dal Coordinatore Nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva, **Tonino Aceti**, di aprire ad un confronto "per individuare punti di debolezza, rischi, opportunità e proposte di miglioramento dell'attuale sistema, con il contributo e il confronto di tutti gli attori: Associazioni di cittadini e pazienti, Ministero, Aifa, Regioni, Iss e professionisti della salute".

Anche in questo campo, ribadisce Scotti, agli allarmi sulla sostenibilità economica delle innovazioni in campo farmaceutico si contrappone il paradosso del Monitoraggio Aifa della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale gennaio-novembre 2017 pubblicato sul sito Aifa il 30 marzo 2018. Come sottolineato da Cittadinanzattiva, il riferimento specifico è alle tabelle 9

e 9 bis del Report Aifa, relative alla spesa farmaceutica gennaio-novembre 2017 per i farmaci innovativi non oncologici e oncologici che accedono ai Fondi del Ministero della Salute (i cosiddetti fondi per i farmaci innovativi) di cui all'Art. 1 commi 402, 403 e 404 della Legge di Bilancio 2017. "Da un lato questa determina dell'Aifa dall'altro sembrerebbero non essere stati spesi nel 2017 circa 264 milioni di euro del Fondo farmaci innovativi non oncologici e oltre 85 milioni di euro del Fondo farmaci innovativi oncologici, per un totale di risorse non utilizzate pari a circa 350 milioni di euro e con profonde difformità regionali".

► Addio alla personalizzazione delle cure

Scotti sottolinea come la situazione evidentemente rischia di aggravarsi ancor più con questa determina, visto che è "quantomeno nebulosa la definizione delle finalità e dell'ambito di applicazione previste. Cosa si vuole dire con è: particolarmente rilevante per farmaci utilizzati direttamente in ospedale o forniti ai cittadini attraverso l'erogazione diretta"? "Particolarmente rilevante - spiega - non esclude affatto tutti gli altri casi, tuttavia non è accettabile che un Mmg per definire una prescrizione debba tenere in considerazione il reddito del paziente. La terapia più efficace è, e deve essere, la più efficace, mai l'unica prescrivibile. Così come il Piano Terapeutico non può essere strutturato come un imbuto che ha il solo effetto di ridurre la prescrizione di farmaci. Altrimenti viene meno il concetto stesso di personalizzazione della cura".

Dove sta andando la Medicina Generale?

Alla luce della recente intesa contrattuale e di una serie di variabili ambientali, storiche, politiche e sindacali, diventa difficile pensare ad una prospettiva che veda la Medicina Generale come la protagonista di una riforma o quantomeno di un progetto sensato

Alessandro Chiari

Segretario Smi - Emilia Romagna

L'incertezza che circonda la medicina generale, in questo particolare momento, è certamente figlia di un momento contrattuale paradossale: si è firmata una sorta d'intesa, che normalmente dovrebbe essere il preludio ad un contratto, con un governo e con un ministero a termine ora si dovrebbe procedere nella contrattazione con un governo completamente nuovo espressione di un diverso assetto politico.

Il prosieguo della contrattazione è inevitabile, ma avverrà trovandoci di fronte un ministro e un assetto della Conferenza Stato Regioni, e, probabilmente, della Sisac, completamente diverso.

Non dovrebbe essere difficile ai più dover ammettere che tutta questa improvvisa fretta di firmare qualcosa sia stata determinata più da esigenze elettorali che da un progetto o quantomeno una visione assistenziale secondo una serie di parametri e direttive che potessero comunque portare ad una programmazione.

► **Gli anni del nulla**

Con un ultimo contratto nazionale firmato nel 2005, a cui nel 2009/10 sono state aggiunte e modificate alcune peculiarità non sostanziali, pare abbastanza evidente che, anche in questa occasione, ciò che è stato siglato è un ulteriore presa in giro della classe medica sempre più nel mirino e che in questi anni non ha potuto contare su di una unità sindacale in grado di instaurare una contrattazione che non fosse viziata dal tentativo della conservazione di forti interessi personali e di quelli di una cerchia abbastanza ristretta, piuttosto che da una vera difesa delle posizioni professionali dei colleghi.

Questa sorta di trattativa di delegazione a vantaggio della delegazione stessa si è riverberata anche sulle contrattazioni regionali ed aziendali, creando quella che più volte abbiamo definito deriva aziendale e regionale, fenomeno che ha anche creato, di fatto, condizioni non uniformi di assistenza sullo stesso territorio, per non parlare dei conflitti d'interes-

se che si sono concentrate su certe posizioni professionali.

► **Le risorse mancanti**

Da qualche anno a questa parte il ritornello più suonato, a livello periferico, è stato sempre quello della mancanza di fondi, coadiuvato da raccomandazioni sulla necessità di stringere necessariamente e responsabilmente la cinghia salvo poi assistere a situazioni in cui, non si sa come, ma magicamente, i soldi saltavano fuori per nuove cariche e posizioni aziendali molto remunerative ed infarcite di conflitti d'interesse evidenti e riconosciuti dalla stessa parte pubblica. Spesso ci siamo anche imbattuti in una sorta di intimidazione soffusa e *mobbing* camuffati.

► **Il brand siamo noi**

Siamo sempre più convinti che il vero *brand* della medicina generale non sia prioritariamente nell'organizzazione o nelle forme associative, nelle case della salute e in tutto quello che viene



venduto per innovativo, ma nel medico stesso. Se non fosse per il fatto che con il paziente la faccia la mette il medico di medicina generale, utilizzando e rischiando la propria professionalità per garantire l'assistenza, rimarrebbe poco di quest'ultima al cittadino. Se tutti i medici di medicina generale si esprimessero al limite sindacale, senza metterci nulla di proprio, siamo convinti che il sistema collasserebbe in pochissimo tempo. Da sempre siamo stati convinti che il fondamentale compito delle aziende sanitarie dovrebbe essere quello di mettere il Mmg e quello di continuità assistenziale nelle condizioni di poter lavorare bene. Basterebbe questo per far sì che il sistema si si possa auto-modulare sulla efficacia delle risposte assistenziali.

► La fine della plethora medica

Malgrado un contratto siglato per esigenze politiche a quattro giorni dalle elezioni, nessuna forza politica o istituzionale ha parlato dei problemi dei medici, difficoltà che, è vero riguardano il mondo medico, ma che, comunque, si ripercuotono sull'assistenza ed infine sulla qualità dei servizi erogati al cittadino. Purtroppo questo problema è una questione veramente seria per molti colleghi giovani e per altrettanti non più tanto giovani. Per anni si è detto che, proprio in Italia, come fenomeno caratteristico, esisteva una plethora medica ed ora si scopre che, già oggi potremmo essere in carenza di medici (facciamo fatica già con la medicina generale dopo la ex guardia medica e il 118). Ma allora perché i medici hanno stentato, fino ad ora, ad

uscire dal precariato se, in realtà, la domanda di medici e di prestazioni sanitarie è in continuo aumento?

► Il futuro rubato

In effetti se si volesse esaudire il bisogno di assistenza, sia ospedaliera sia territoriale ci sarebbe posto per tutti, vecchi e nuovi. In tutta questa confusione crediamo ci siano molti errori di fondo:

- un peccato originale dell'università nel formare a dismisura;
- un sostanziale disinteresse degli Ordini;
- gli errori della contrattazione sindacale medica;
- gli interessi delle maggiori corporazioni mediche nel chiudere le aree occupazionali;
- le errate programmazioni delle regioni;
- l'interpretazione distorta e la conseguente iniqua applicazione normativa;
- la mancanza di fantasia e coraggio nell'intraprendere nuove soluzioni assistenziali.

Se ripensiamo al fatto che la domanda di sanità, a causa di molteplici e conosciuti fattori, è in costante aumento, ci possiamo rendere conto della schizofrenia dell'intero quadro. Ma tutte queste considerazioni, ci devono portare a comprendere come i precari, ovvero quelle figure più deboli e per ciò più esposte siano diventate una *vera classe sociale medica*, creata, in questi ultimi anni, da normative ingiuste per lo più create dagli stessi medici. Questi colleghi, loro malgrado, vivono in una situazione di continua frustrazione professionale nella triste consapevolezza che a causa di particolari ingiuste scelte normative, alcune

forze in campo gli abbiano, drammaticamente, derubati del proprio futuro: a pagare sono sempre i deboli, con la conseguenza che gli eventi hanno creato una generazione di sconfitti. Quel che è peggio è che poi tale ingiustizia avviene proprio nel momento in cui tali figure potrebbero offrire il massimo contributo possibile al mondo del lavoro e della ricerca medica in virtù di risorse psico-fisiche ancora integre e di grandi energie potenziali.

► Il precariato funzionale

Ebbene, mentre negli altri Paesi si diventa ricercatori e primari, in Italia intere classi di giovani sono state sacrificate in lavori precari, logoranti a causa della natura turnistica prettamente notturna e festiva. Intere generazioni di giovani sono state cancellate dalla scena sanitaria nel pieno della loro potenzialità e relegate a ruoli marginali ed usuranti. In realtà la situazione è abbastanza esplosiva e compressa, e nei colleghi esclusi si percepisce esasperazione più che rassegnazione che tante volte sfocia in un disagio che l'utente purtroppo percepisce. In ogni caso la domanda di sanità, come abbiamo detto, pretenderebbe nuove e ingenti forze. Siamo convinti che si stia sperperando un patrimonio enorme, sia culturale sia sanitario, parcheggiando a vita medici, senza volerli utilizzare, mentre il territorio e l'ospedale stesso hanno un immenso bisogno di forze se vogliamo raggiungere quei livelli ottimali di assistenza sanitaria che abbiamo più volte auspicato per riuscire ad offrire un vero servizio di qualità al cittadino.

La fuga dei camici bianchi in Campania

Recentemente si è registrata a Napoli e provincia un'incredibile impennata di richieste di trasferimento da parte dei medici del 118, che hanno chiesto di essere dislocati in altre mansioni. Il motivo? Le tante aggressioni subite durante gli interventi di lavoro. Nel frattempo i giovani medici che frequentano il corso di Formazione in Medicina Generale da sei mesi non percepiscono la borsa di studio

In Campania esercitare la professione medica è un percorso ad ostacoli. I segni del disagio si fanno sempre più evidenti. Si sta assistendo nel giro di poco tempo ad un'impennata delle richieste di trasferimento dei medici del 118 a cui si aggiunge il disagio dei giovani medici che frequentano il Corso di formazione di Medicina Generale: nessuno degli 80 medici che a dicembre 2017 ha intrapreso il percorso formativo (cui se ne aggiungono circa 200 delle due precedenti annualità) ha finora percepito gli emolumenti previsti.

Con l'assegnazione di posti disponibili nell'area dell'assistenza primaria ben 10 medici sono transitati in un sol giorno dalla rete del 118 alla Continuità assistenziale. A darne notizia *il Mattino*. I motivi dell'esodo? Rapporti di lavoro precari, orari disagiati, ritmi forsennati, carenze di uomini e mezzi. E poi poche soddisfazioni professionali, tante responsabilità e lo stillicidio di aggressioni, insulti e umiliazioni da parte di un'utenza che ormai identifica questa prima linea del Ssn come lo sfogo di

ogni frustrazione. La fuga riguarda tutte le province escluse quelle di Benevento e Caserta, le uniche dove in pianta organica sono tutti dipendenti. La premessa è che circa la metà dei camici bianchi impiegati nel 118 ha rapporti di lavoro a tempo definito. Medici con molta esperienza sulle spalle, entrati nelle file del 118 anche 15 anni fa grazie a un corso professionalizzante, senza altri titoli e per i quali la stabilizzazione resta un miraggio.

Nel frattempo l'associazione dei medici: "*Nessuno tocchi Ippocrate*" tiene il conto degli episodi violenti avvenuti evidenziandoli nella propria pagina Facebook: "*Ricordiamo che in alcune aggressioni più ambulanze sono state coinvolte, quindi per completezza di informazione gli equipaggi aggrediti sono 31, i fenomeni di aggressione 26. Per i medici di medicina generale ci è pervenuta solo una segnalazione: dott. Paolo Di Pinto ferito con coltello al mento e frattura di scapola, ma crediamo che sia una delle aggressioni più efferate. Il disagio per i medici di Continuità Assistenziale è che spesso*

sono da soli ad affrontare l'utenza, già noti alla cronache nazionali gli stupri a carico delle colleghe di guardia medica in diverse parti di Italia".

► Il disagio dei giovani Mmg in formazione

Al disagio espresso dai medici dell'emergenza urgenza bisogna sommare quello dei giovani medici che frequentano il corso di formazione in Medicina Generale che, oltre a fare i conti con una borsa di studio che è circa la metà di quella di altri colleghi specializzandi in altre discipline mediche, sono sei mesi che non la percepiscono. Gli 80 medici che a dicembre 2017 hanno intrapreso il percorso formativo a cui bisogna aggiungere circa 200 medici delle due precedenti annualità non hanno incassato gli emolumenti previsti. Gli allievi provengono da tutta la Campania. Il tirocinio pratico viene svolto spesso vicino casa ma la frequenza delle lezioni comporta spostamenti e spese. La causa? Sembra che sia da addebitare a ritardi e disfunzioni della burocrazia.

Il tempo di cura non può essere cronometrato

Il Tar del Lazio ha bocciato il decreto emanato lo scorso giugno dalla struttura commissariale con il quale si contingentavano i tempi per l'esecuzione di 63 esami specialistici dando ragione al ricorso presentato dal Sumai con l'appoggio della FNOMCeO contro la Regione

I 'tempari', che individuavano una durata massima per 63 tra esami e visite specialistiche, introdotti unilateralmente dalla Regione Lazio un anno fa, sono illegittimi. Lo ha stabilito il Tar del Lazio, con la Sentenza n. 06013/2018, accogliendo il ricorso del Sumai, ricorso nel quale la FNOMCeO era intervenuta *ad adiuvandum*.

Tre le principali considerazioni proposte dai medici e accolte in toto dai giudici del Tar:

1. *'Eventuali modifiche al sistema riguardante numero e durata delle prestazioni erogabili dovrebbero essere unicamente riservate alla contrattazione collettiva tra la competente amministrazione di settore da un lato e le categorie professionali maggiormente rappresentative dall'altro lato'.*

2. *La violazione dell'articolo 27 dell'Accordo collettivo nazionale di categoria, 'nella parte in cui si prevede una determinata autonomia di giudizio, in capo al singolo professionista, circa la congruità del tempo da riservare alle singole visite'.*

3. *Il Codice Deontologico. La 'lesione delle prerogative di autodeterminazione dei singoli specialisti', secondo 'quanto previsto dal Codice di Deontologia Medica: gli*

artt. 3 e 4, innanzitutto, che ribadiscono la 'libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità' del medico; l'art. 6: Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza; il 13: le prescrizioni mediche, oltre ad essere sottoposte ad un processo pienamente autonomo e responsabile da parte del medico, sono non delegabili e debbono far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico; il 20 secondo cui la relazione tra medico e paziente è tra l'altro fondata su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura' e il 33 secondo cui: 'Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura'.

'Tutte disposizioni - si legge ancora nella sentenza - da cui si evince,

nella sostanza, che il medico deve poter avere a disposizione un tempo minimo, onde poter svolgere le proprie funzioni in modo autonomo e responsabile, la cui durata non può che essere rimessa alla sua unica valutazione discrezionale e con esclusione, dunque, di indicazioni rigidamente e astrattamente predeterminate da fonti esterne quali quelle di specie'.

Un secco 'no' alle visite 'a cronometro', già stigmatizzate dalla FNOMCeO con una mozione approvata lo scorso luglio dal Consiglio Nazionale, composto dai 106 presidenti degli ordini provinciali, riunito a Siena e poi da FNOMCeO e Fnopi (l'Ordine degli infermieri) insieme, nel primo incontro dopo il rinnovo dei loro vertici, e da **Tonino Aceti**, Coordinatore nazionale del TdM - Cittadinanzattiva. Né - hanno affermato i giudici - per l'introduzione dei tempari si può prendere a pretesto il pur pregevole obiettivo di ridurre le liste d'attesa: *'Un simile obiettivo potrebbe essere piuttosto concretizzato, a titolo esemplificativo, attraverso un (tanto auspicato) aumento delle risorse umane e strutturali da adibire ad un così delicato settore quale quello della pubblica sanità'.*

Il trattamento dei dati sanitari nei percorsi di cura e nuovo regolamento UE

Il 25 maggio è diventata definitiva l'applicazione del nuovo quadro regolatorio sulla privacy e il trattamento dei dati personali disposto dal nuovo regolamento UE. L'accountability, intesa come responsabilizzazione, è uno dei principi cardine introdotti dalla nuova normativa

Mauro Marin - Direttore Distretto Sanitario, Azienda Friuli Occidentale, Pordenone

La principale novità introdotta per le aziende sanitarie dal nuovo regolamento 2016/879/UE (www.garanteprivacy.it/regolamentoue) è il principio di "responsabilizzazione" (*accountability*), che attribuisce direttamente ai titolari del trattamento il compito di assicurare e documentare il rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali (art. 5) designando un responsabile della protezione dei dati o RPD (art. 37-39), istituendo un registro delle attività di trattamento (art.30) e procedure organizzative per la protezione e gestione delle violazioni dei dati (artt. 33 e 34). Gli obblighi di tutela dei dati sanitari nel percorso assistenziale tra medico curante (Mmg o Pls) e specialista ambulatoriale interno (SAI) ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 sono ad oggi così riassunti:

1 Di norma il medico curante fornisce l'informativa all'assistito e acquisisce il consenso in forma orale con l'annotazione scritta che consiste nella biffatura di una apposita casella nei programmi gestionali informatici di medicina generale e pediatria. L'art. 81 del D. Lgs 196/2003 afferma infatti al comma 1: Il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute può essere manifestato con "un'unica dichiarazione, anche oralmente". In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato, con annotazione dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico, riferita

al trattamento di dati effettuato da uno o più soggetti e all'informativa all'interessato, nei modi indicati negli articoli 78, 79 e 80. Il consenso per questo trattamento dei dati deve essere raccolto dagli Mmg e Pls e vale anche per i professionisti richiamati nell'informativa. Il provvedimento del Garante del 19 luglio 2006 (in *G.U.* n.183 del 8 agosto 2006) ha confermato i contenuti sopra riportati riguardo al trattamento dei dati iniziato dai medici curanti Mmg e Pls.

2 L'art. 78, afferma al comma 4: L'informativa riguarda anche il trattamento di dati correlato a quello effettuato dal Mmg o dal Pls, effettuato da un professionista o da altro soggetto, parimenti individuabile in base alla prestazione richiesta, che:

- a)** sostituisce temporaneamente il medico o il pediatra;
- b)** fornisce una prestazione specialistica su richiesta del medico e del pediatra;
- c)** può trattare i dati nell'ambito di un'attività professionale prestata in forma associata.

3 L'art. 79 afferma ai commi 1 e 3: Gli organismi sanitari pubblici e privati possono avvalersi delle modalità semplificate relative all'informativa e al consenso di cui agli articoli 78 e 81 in riferimento ad una pluralità di prestazioni erogate anche da distinti reparti ed unità dello stesso organismo o di più strutture ospedaliere o territoriali specificamente identificati.

4 Le modalità semplificate di cui agli articoli 78 e 81 possono essere utilizzate in modo omogeneo e coordinato in riferimento all'insieme dei trattamenti di dati personali effettuati nel complesso delle strutture facenti capo alle aziende sanitarie. Per le Aziende Sanitarie Pubbliche il consenso, propeudeutico al trattamento dei dati per finalità di cura, è quello previsto dal consenso GECO1, con collegata informativa. Senza il suddetto consenso (artt. 79 e 80) dell'interessato si possono erogare le seguenti prestazioni: trattamenti per fini amministrativi previsti da norme e tutela della salute o dell'incolumità fisica di un terzo o della collettività.

5 L'art.82 afferma al comma 3: L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, anche semplicemente in caso di prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia, oltre ai casi seguenti:

- ▶ Emergenza sanitaria o di igiene pubblica (ordinanza contingibile ed urgente dell'autorità competente ex art.117 d.lg n. 112/1998);
- ▶ Impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, da un pros-

simo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato;

► Rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato.

6 L'art. 37 afferma al comma 1-bis afferma che NON è dovuta la notificazione del trattamento al Garante se relativa all'attività dei medici di famiglia (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls). (Comma inserito dall'art. 2-quinquies, comma 1, lett. a), del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138); come già previsto dall'art.76, comma 1, lettera a).

7 L'art.7 del D.Lgs 196/2003 afferma al comma 1 che l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano, la loro comunicazione in forma intelligibile e la cancellazione o trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati "trattati in violazione di legge". Ma in presenza di un obbligo di legge, l'art. 24 del D.lgs. 196/2003 esclude la necessità del consenso dell'interessato per il trattamento dei dati.

8 L'art. 24 afferma al comma 1: Il consenso al trattamento dei dati non è richiesto quando il trattamento: a) è necessario per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria; (ad esempi : art. 20 finalità pubbliche e art. 68 e 73 finalità socio-sanitarie assistenziali, art. 67 attività di controllo e ispettive; art. 85 finalità sanitarie pubbliche) e b) è necessario per eseguire obblighi derivanti da un contratto del quale è parte l'interessato o per adempiere, prima della conclusione del contratto, a specifiche richieste dell'interessato.

9 La creazione del Dossier e del Fascicolo Sanitario Elettronico o FSE è facoltativa ed essi possono essere attivati solo con consenso specifico ulteriore dell'interessato. Il provvedimento del Garante n.331 del 4 giugno 2015 contie-

ne le linee guida in materia di dossier sanitario, pubblicate in allegato A in *Gazzetta Ufficiale* n. 164 del 17 luglio 2015 che affermano a pag. 22: "L'interessato deve essere informato che l'eventuale mancato consenso al trattamento dei dati personali mediante il dossier sanitario non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste." e a pag.27 in caso di revoca del consenso: "Le informazioni sanitarie presenti devono restare disponibili al professionista o alla struttura interna al titolare che le ha redatte e per eventuali conservazioni per obbligo di legge (art. 22, comma 5, del D.Lgs 196/2003), ma non devono essere più alimentate e condivise con altri professionisti degli altri reparti che prenderanno in seguito in cura l'interessato". Ugualmente, le linee guida del Ministero della Salute 11 novembre 2010 sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) a pag.19, punto 5.1.2 affermano che in caso di diniego dell'assistito alla creazione di un proprio FSE non deve esserci alcuna conseguenza sulla possibilità di usufruire della prestazione richiesta e/o necessaria. Le stesse linee guida ministeriali 2010 definiscono al punto 3.4 i contenuti del *patient summary* o profilo sanitario sintetico estraibile dalla scheda sanitaria individuale la cui tenuta è un obbligo contrattuale del medico di famiglia ai sensi dell'art. 45, comma 2, dell'ACN 2009 e in cui oggi possono essere inserite anche le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'art.4 della legge n.219/2017 se disponibili. In caso di revoca (liberamente manifestabile) del consenso, il FSE/dossier non deve essere ulteriormente implementato.

► **Condivisione dei documenti sanitari**

I documenti sanitari presenti devono restare disponibili per l'organismo che li ha redatti (es. informazioni relative a un ricovero utilizzabili dalla struttura di degenza) e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non devono essere più condivisi da parte degli altri organismi o

professionisti che curino l'interessato (art. 22, comma 5, D.Lgs. 196/2003).

10 Con l'art.4 dell'ACN 17/12/2015 degli specialisti convenzionati la compartecipazione degli specialisti ambulatoriali interni alla realizzazione dei flussi informatici aziendali è divenuta un dovere contrattuale ordinario. Secondo le linee guida del Garante n.21 del 25 giugno 2009, la refertazione on-line è regolamentata dal DPCM 8 agosto 2013 (in n.243 del 16 ottobre 2013) che prevede la messa a disposizione per l'assistito del SSN del referto digitale o copia cartacea e all'art. 2 prevede per il referto digitale l'obbligo di firma digitale o elettronica ai sensi degli artt. 21 e 24, comma 2, D.Lgs n. 82/2005 (CAD = Codice Amministrazione Digitale). Per l'accesso online ai referti è dunque necessario che il referto sia firmato digitalmente dallo specialista, l'assistito abbia dato il consenso al FSE all'azienda, il consenso sia stato registrato al sistema informatico gestionale da parte degli operatori aziendali affinché l'azienda che ha erogato la prestazione renda visibile il referto anche al Mmg/Pls curante dell'assistito.

11 L'art. 43 del CAD stabilisce che i documenti informatici di cui è prescritta la conservazione per legge o regolamento sono conservati "in modo permanente con modalità digitali" nel rispetto delle regole tecniche (DPCM 13 novembre 2014 e DPCM 3 dicembre 2013), secondo le misure di sicurezza previste dagli artt. 31-36 e allegato B del D.Lgs 196/2003.

12 L'art. 84 del D.Lgs. 196/2003 afferma che i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare, salvo i casi di dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato. Il titolare del trattamento dei dati o il responsabile possono autorizzare per iscritto esercenti le

professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a). L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele rapportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati.

13 La gestione dell'archivio informatico. Le procedure di gestione dei dati sanitari (accesso, custodia, trasmissione, nomina responsabili) devono essere scritte in un documento conservato in struttura, il Documento Programmatico di Sicurezza - DPS di cui agli artt. 29 e 30 del D.Lgs. 196/2003, anche per eventuali dispositivi autorizzati di videosorveglianza (Provvedimento del Garante 10/11/2011). Tuttavia, per gli studi medici l'obbligo di tenuta del DPS è stato abrogato dal D.L. 09.02.2012 n. 5 (in *G.U.* n. 331 del 09.02.2012), ma le misure di sicurezza previste dagli artt. 34 e 35 del D.Lgs. 196/2003 sono tuttora in vigore e la compilazione volontaria di un DPS specifico può aiutare a ricordarle (art. 31, 34, 180, allegato B del D.Lgs. 196/2003; ex DPR 318/1999):

- ▶ nominare uno o più responsabili per la custodia e gestione delle schede sanitarie o cartelle cliniche;
- ▶ adottare misure di controllo e protezione dei locali dove sono custoditi i dati;
- ▶ chiudere gli archivi cartacei che devono essere ignifughi (di metallo) e registrare gli accessi agli archivi dopo l'orario di chiusura;
- ▶ per gli archivi magnetici, dotare i programmi di Password, Codici Personali di sicurezza, Antivirus e fare Copie di Sicurezza dei dati per prevenire il rischio di distruzione/cancellazione/smarrimento di dati sanitari (art. 32 e seg.).

14 Videosorveglianza e privacy. Secondo la sentenza n.22148/2017 della Cassazione sezione Penale 3°, l'installazione in azienda da parte del datore di lavoro di impianti audiovisivi è

assoggettata ai limiti previsti dall'art. 4 dello Statuto dei lavoratori anche se da essi derivi solo una mera potenzialità di controllo a distanza sull'attività lavorativa dei dipendenti, deve essere preceduta da un accordo con le rappresentanze sindacali e deve rispettare le norme di tutela della riservatezza previste dal D.Lgs n.196/2003 (Garante privacy, provvedimento 29 aprile 2004).

15 Secondo l'art. 7 del D.Lgs 196/2003 l'interessato ha diritto ad opporsi al trattamento dei propri dati personali, tranne quando è effettuato per disposizioni di legge o ragioni di giustizia. L'art. 24 dello stesso decreto afferma infatti che il consenso non è richiesto quando il trattamento è necessario per adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o contratti in cui l'interessato è parte in causa (INAIL, INPS, Assicurazioni, ecc.). In particolare secondo l'art. 24 il consenso non è richiesto se il trattamento dei dati è necessario per:

- ▶ salvaguardia della vita e dell'incolumità di terzi;
- ▶ far valere o difendere in giudizio un diritto di "Pari Rango";
- ▶ investigazioni difensive;
- ▶ interventi socio-assistenziali pubblici (art. 73);
- ▶ attività ispettive (art. 67);
- ▶ attività sanzionatorie (art. 71);
- ▶ interventi socio-assistenziali pubblici (art. 73).

Secondo il D.Lgs 196/2003 i dati sanitari possono essere conservati per un periodo non superiore a quello necessario per adempiere ai compiti e alle finalità dovute per legge o regolamento (art.11, comma 1, lettera E). L'assistito che cambia medico ha diritto di ricevere copia dei suoi dati anche ai sensi dell'art.45, comma 2, lettera b), dell'ACN 2009.

16 Il D.Lgs n.196/2003 sulla privacy all'art. 167 comma 1, nella rubrica "trattamento illecito di dati", apre il capo II (dedicato agli illeciti penali) del titolo III (rubricato "sanzioni") e prevede due distinte condotte tipiche: l'una, punita con la reclusione da sei a diciotto mesi, rela-

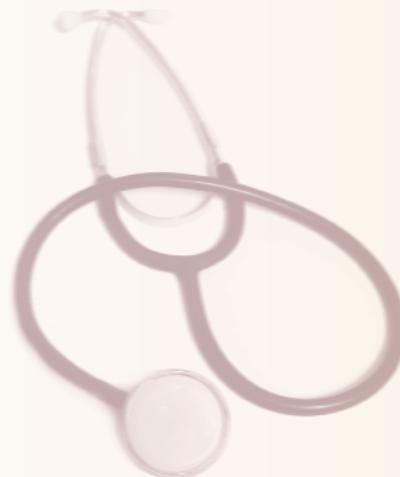
tiva al trattamento illecito di dati personali da cui derivi un danno documentato al titolare dei dati stessi e l'altra, punita con la reclusione da sei a ventiquattro mesi, consistente nella comunicazione o diffusione dei dati illecitamente trattati, indipendentemente dal potenziale danno che ne derivi a terzi. Entrambe le condotte presuppongono un preventivo trattamento dei dati personali altrui, realizzato in violazione delle prescrizioni dettate dagli artt. 18, 19, 23, 123, 126 e 130, mentre l'elemento soggettivo del reato è il dolo specifico.

▶ Le sanzioni

La procedibilità è d'ufficio. Inoltre, l'art. 326 C.P. (Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio) afferma: "Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno". La previsione del consenso del titolare dei dati personali è comunque soggetta a deroghe previste dall'art. 24 del D.Lgs. 196/2003. Ad esempio, sono "deroghe le situazioni in cui si tratti di far valere in giudizio il diritto di difesa (Cass. Civ. SS.UU. 8 febbraio 2011, n. 3034). Infine, la Corte di Cassazione, sez. VI Civile - 1, con l'ordinanza n. 222 del 2 dicembre 2015 - 11 gennaio 2016, ha sancito che se non viene dimostrata la gravità della lesione subita, la richiesta di risarcimento del danno da indebita diffusione dei dati relativi alla salute va rigettata. Infine va rilevato che anche l'agevolazione colposa all'accesso illecito dei dati sanitari può configurare un danno risarcibile (Cassazione sezione Civile 3° n. 2468/2009).

Bibliografia disponibile a richiesta

AGGIORNAMENTI



■ ENDOCRINOLOGIA

Terapie per l'osteoporosi e questioni odontoiatriche

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

Nuove Linee Guida europee: obiettivo migliorare il trattamento

■ MEDICINA INTERNA

Strategie di integrazione con sali di potassio

■ MEDICINA RESPIRATORIA

Device inalatori e governance di asma e BPCO

■ RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Trattamento endovascolare del varicocele maschile

■ NEUROLOGIA

TIA e ictus minore, non abbassare la guardia

■ ENDOCRINOLOGIA

Terapie per l'osteoporosi e questioni odontoiatriche

Con l'invecchiamento generalizzato della popolazione i bisfosfonati risultano tra i 20 farmaci più prescritti al mondo.

“L'osteonecrosi delle ossa mascellari”, spiega **Fabio Vescini**, Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine, “ha una patogenesi multifattoriale, all'interno della quale gioca un ruolo importante l'infezione dell'osso, caratterizzata da un'area esposta di tessuto osseo nel cavo orale che non guarisce entro 8 settimane dalla diagnosi.

Negli ultimi 20 anni si è osservato che questo disturbo rappresenta una potenziale, rara, complicanza della terapia con bisfosfonati o con denosumab, utilizzati per il trattamento dell'osteoporosi, delle metastasi ossee e nella prevenzione della perdita di massa ossea in corso di blocco ormonale nei tumori della mammella e della prostata”.

“Questo ha allarmato i pazienti che in alcuni casi mettono in discussione le cure con questi farmaci per timore della complicanza. Va subito detto che l'osteonecrosi, nei pazienti trattati per osteoporosi, è una malattia estremamente rara, si calcola infatti colpisca 1 paziente ogni 100.000 trattati/anno,

ed è curabile con un trattamento odontoiatrico tempestivo, comprendente sempre la terapia antibiotica.

Nella cura delle patologie scheletriche benigne, quali l'osteoporosi, i bisfosfonati vengono impiegati con dosaggi bassi, protratti nel tempo e sono assunti quasi sempre per via orale. Per quanto riguarda invece le patologie oncologiche (metastasi ossee), essendo necessarie dosi molto più elevate di farmaco, si ricorre a somministrazioni ravvicinate ad alti dosaggi: si calcola che un paziente trattato per un anno per metastasi ossee riceva una dose paragonabile a quella somministrata in circa 10 anni di trattamento per l'osteoporosi. In campo oncologico l'osteonecrosi delle ossa mascellari è più frequente e pertanto in questi pazienti è importante programmare periodici controlli dentali”.

▶ Indicazioni per i pazienti

Come orientare il paziente tra la necessità di curare le ossa e contemporaneamente affrontare eventuali cure dentali?

“La nostra Associazione ha dedicato il primo numero di 'AME Raccomanda', proprio a fare chiarezza su questo argomento, spiega **Vincenzo Toscano**, Presidente AME, Associazione Medi-

ci Endocrinologi. *AME Raccomanda* è un'iniziativa che sintetizza la posizione ufficiale su alcuni dei temi più ricorrenti dell'attività clinica analizzando documenti più complessi, come le linee guida e i position statement”.

“In generale, per le persone in trattamento per osteoporosi”, spiega **Stefania Bonadonna**, endocrinologa, Istituto Auxologico Italiano, “la raccomandazione principale è di seguire le comuni indicazioni di igiene orale, con maggiore attenzione in pazienti immunodepressi per malattie croniche o per terapie in atto.

Non ci sono controindicazioni ad eseguire estrazioni dentarie o impianti, ma deve essere avvisato il dentista e, soprattutto se la terapia con bisfosfonati o denosumab è in atto da più di 3 anni, bisogna fare una preparazione iniziale con igiene professionale, collutori antibatterici e un'adeguata profilassi antibiotica per almeno 3 giorni prima e 7-10 dopo l'intervento. Quello che deve essere chiaro ai pazienti è che, a differenza di quanto avviene per i bisfosfonati, deve essere assolutamente evitata la sospensione del denosumab per effettuare procedure odontoiatriche, perché esiste il rischio concreto di un notevole aumento di fratture vertebrali”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile consultare con tablet/smartphone il documento AME Raccomanda

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

Nuove Linee Guida europee: obiettivo migliorare il trattamento

Nonostante si abbiano a disposizione da molti anni farmaci efficaci e ben tollerati e strumenti precisi per la diagnosi, più della metà degli ipertesi europei non assume una terapia. Di questi pazienti solo un terzo presenta livelli di PA <140/90 mmHg. Una situazione che necessita di una riflessione e di un intervento condiviso, tanto che l'European Society of Hypertension (ESH) e l'European Society of Cardiology (ESC) ha preparato una nuova edizione delle Linee Guida per la diagnosi e il trattamento dell'ipertensione arteriosa. Una prima presentazione è avvenuta a Barcellona durante il Congresso 2018 dell'ESH (8-11 giugno, www.eshonline.org).

“L'ipertensione continua a essere la prima causa di mortalità e di sviluppo di gravi malattie CV e renali in tutto il mondo - afferma il Prof. **Enrico Agabiti Rosei**, Past President dell'ESH. I principali motivi che impediscono una buona gestione dell'ipertensione sono l'inerzia del medico, la scarsa aderenza alle cure da parte dei pazienti e l'insufficiente utilizzo di terapie di combinazione. L'ipertensione nella maggioranza dei casi è provocata da diversi meccanismi e fattori che interagiscono

tra di loro. Per contrastarla è necessario l'uso simultaneo di più farmaci. Le Linee Guida consigliano nella maggioranza dei casi di iniziare il trattamento con terapie di combinazione di farmaci in dosi predefinite. Avere due o più molecole nella stessa compressa presenta degli indubbi vantaggi in termini di efficacia e favorisce l'assunzione regolare e continua dei farmaci, ovvero una maggiore persistenza e aderenza alla terapia”.

► Valori pressori

Fondamentali obiettivi del nuovo documento sono riuscire a controllare la pressione in un più ampio numero di persone e ottenere valori pressori più bassi rispetto alle precedenti indicazioni. La PAS dovrebbe essere ridotta al di sotto di 130 mmHg nei pazienti adulti e al di sotto di 140 mmHg nei pazienti anziani (con età >65 anni e anche >80 anni se in buone condizioni di salute), purché non vi siano effetti collaterali legati alle terapie. “Anche nelle forme più lievi viene raccomandato il trattamento farmacologico - aggiunge il Prof. **Giuseppe Mancina**, dell'Università Milano-Bicocca e co-Chairman delle Linee Guida, co-

ordinatore della Task Force. È dimostrato che maggiore è la riduzione della pressione più grande è il vantaggio addizionale che riusciamo a garantire ad un paziente. Tra le altre raccomandazioni vi è anche l'incremento dei controlli della pressione al di fuori degli studi medici. Come alternativa suggeriamo la misurazione a domicilio o il monitoraggio ambulatoriale per 24 ore. In questo modo si può confermare con maggiore precisione la prima diagnosi che solitamente viene effettuata dal Mmg. Inoltre si riesce a individuare più facilmente le cosiddette forme di ipertensione da camice bianco o ipertensione mascherata”.

► Danno d'organo

Le Linee Guida presentano alcuni capitoli specifici dedicati allo screening dell'ipertensione secondaria e ai trattamenti specifici delle emergenze ipertensive e a quelli riservati ad alcune particolari categorie di persone (donne in gravidanza, bambini, pazienti con altre patologie croniche, con complicanze cardio- e cerebro-vascolari). “Il documento ribadisce anche l'estrema importanza della valutazione del danno d'organo iniziale - conclude Agabiti Rosei. Siamo, infatti, convinti che i danni precoci, asintomatici, causati dall'ipertensione a organi come cuore, reni o cervello determinino un rischio globale molto elevato. Il danno iniziale può regredire grazie alle terapie e questo miglioramento può consentire una minore incidenza di tutte le patologie cardio-vascolari”.

■ MEDICINA INTERNA

Strategie di integrazione con sali di potassio

Tra i disturbi elettrolitici riscontrabili nella pratica clinica, l'ipokaliemia è uno dei più comuni. Problema tanto diffuso e noto da indurre a pensare di "sapere già tutto" in proposito, è stata recentemente al centro di due pubblicazioni, una review¹ e un testo della rassegna di libri del National Center for Biotechnology Information (NCBI) bookshelf², che suggeriscono come invece si tratti di una tematica sempre attuale e su cui occorre operare con una certa "cura". Come viene sottolineato dal lavoro di Castro et al, un'accettabile limite inferiore della norma, per quanto concerne i livelli sierici di potassio, è 3.5 mmol/l. È importante sottolineare che la misurazione effettuata su plasma o siero potrebbe differire: rispetto ai livelli plasmatici, quelli sierici sono di solito leggermente più elevati². A livello ambulatoriale l'ipokaliemia lieve può essere rilevata in circa il 14% della popolazione¹. Questo aspetto può essere clinicamente rilevante, considerato che un recente studio osservazionale ha mostrato come in un gruppo di soggetti ipokaliemici, la forma lieve (potassio plasmatico medio 3.5 mmol/l) sia associata a un aumentata pressione sistolica, a un maggiore rischio di ictus e a un aumentato utilizzo di diuretici, rispetto al gruppo

normokaliemico. Il sottogruppo con potassio <3.4 mmol/L ha mostrato un più elevato rischio di ictus (HR 2.10) e di mortalità (HR 1.32)³.

Circa l'80% dei pazienti che ricevono diuretici diventa ipokaliemico, mentre la maggior parte dei pazienti con ipokaliemia potrebbe avere una malattia sistemica associata¹.

► Potassio per via orale o endovenosa?

Spesso i soggetti affetti da una condizione di ipokaliemia necessitano di una terapia a base di sali di potassio. Siccome il potassio per via endovenosa aumenta il rischio di iperkaliemia e può causare dolore e flebiti, questo approccio andrebbe riservato ai pazienti con ipokaliemia severa, alterazioni all'ECG per deficit di potassio o segni e sintomi fisici di ipokaliemia, o per coloro che non sono in grado di tollerare la formulazione orale⁴.

In tutti gli altri casi in cui sia necessaria un'integrazione, una correzione rapida è possibile con potassio orale⁴, meglio se con una formulazione il più possibile adattabile a diverse situazioni cliniche. Tra le diverse opzioni di sali di potassio orali, Potassion® è costituito da una miscela di 5 sali di potassio (bicarbonato, citrato, succi-

nato, malato, tartrato). Grazie a questa composizione, si tratta di un farmaco indicato negli stati di deficit potassico anche in presenza di acidosi metabolica⁵, per la presenza in particolare di potassio bicarbonato, sale alcalino, e di potassio citrato, utilizzato nei pazienti a rischio di calcolosi renale perché, aumentando il pH urinario, riduce la saturazione dell'ossalato di calcio⁶⁻⁸.

L'associazione dei 5 sali contenuti in Potassion® consente benefici anche in condizioni di ipokaliemia in cui sia cruciale preservare la mucosa gastrica, poiché la selezione dei sali è stata effettuata proprio in base alla loro minore gastrolesività e quindi alla buona tollerabilità dopo assunzione orale¹. Grazie anche alla maneggevolezza (viene assunto sotto forma di granulato in bustine, con o senza acqua), si tratta quindi di una possibile opzione per diverse situazioni cliniche che richiedono supplementazione di potassio.

Bibliografia

1. Kardalas E, et al. *Endocr Connect* 2018; 7: R135-R146.
2. Castro D, Sharma S. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482465
3. Mattsson N, et al. *Am J Med* 2018; 131: 318.e9-318.e19.
4. Viera AJ, et al. *Am Fam Physician* 2015; 92: 487 - 95.
5. Potassion®. Riassunto delle caratteristiche del prodotto
6. Daly K, et al. *J Ped Health Care* 2013; 27: 486 - 96.
7. Asmar A, et al. *Am J Kidney Dis* 2012; 60: 492 - 7.
8. Tarplin S et al. *Nat Rev Urol* 2015; 12: 263 - 70.



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

■ MEDICINA RESPIRATORIA

Device inalatori e governance di asma e BPCO

Le malattie respiratorie rappresentano la terza causa di morte per gli uomini (77.1 morti per 100mila abitanti) e la quinta per le donne, con un tasso di 61.8 eventi per 100mila abitanti. Le Regioni con i maggiori decessi sono, per valori assoluti, Lombardia (6.529), Piemonte (3.886), Lazio (3.724), Emilia Romagna (3.612), Campania (3.195). I rapporti ogni 100mila abitanti segnalano anche una forte incidenza in Valle D'Aosta (102,2), Liguria (97,7), Friuli Venezia Giulia (91,6), Toscana (82,6) e Umbria (82,4) (Istat).

I dati più recenti confermano che l'aderenza alla terapia nell'asma e nella BPCO è pari a circa il 30%, anche dopo gli episodi di riacutizzazione, con una sensibile riduzione della sopravvivenza a cinque anni dal ricovero. Complici di questa deriva comportamentale, tra gli altri, la necessità di assumere quotidianamente più farmaci più volte al giorno e alla difficoltà ad usare correttamente i dispositivi per l'erogazione dei farmaci respiratori.

Questi dati sono emersi nel corso del 1° Congresso nazionale "I device inalatori nella governance

delle malattie vie aeree" presieduto e organizzato da **Roberto Dal Negro**, responsabile del Centro Nazionale Studi di Farmacoeconomia e Farmacoepidemiologia Respiratoria (Cesfar) di Verona.

"Essendo la terapia inalatoria il gold standard per la gestione di queste malattie, abbiamo parlato di ostruzione delle vie aeree, di farmacologia dell'ostruzione bronchiale, ma soprattutto dei sistemi più moderni e tecnologicamente più avanzati in grado di ottimizzare l'effettuazione della terapia inalatoria, di nursing specialistico, di indicatori di performance. Infatti, se è importante la conoscenza delle caratteristiche farmacologiche dei farmaci da usare, altrettanto è la conoscenza dei sistemi per l'erogazione dei farmaci, perché da questi dipende oltre il 60% dell'efficacia della terapia" - chiarisce Dal Negro.

In Italia, tra le terapie di mantenimento per asma e BPCO, la terapia inalatoria corrisponde a una quota fra l'80% e il 90% dei farmaci prescritti, in linea con il resto dei Paesi dell'Europa occidentale.

"Sono già disponibili sul mercato

vari dispositivi e grazie alle moderne tecnologie presto ce ne saranno altri in grado di migliorare l'efficacia della terapia inalatoria - spiega Federico Lavorini, AOU Careggi di Firenze, all'agenzia di stampa Dire. A breve saranno disponibili degli erogatori, classiche bombolette, in grado di essere attivate semplicemente dal respiro, senza il bisogno di coordinare espirazione e inspirazione, una manovra difficile per molti pazienti".

► Ruolo dei Mmg

Fondamentale in questo contesto il ruolo dei Mmg: una conoscenza dettagliata della storia clinica del paziente è infatti indispensabile, poiché esistono centinaia di inalatori e la prescrizione di ciascuno di essi dipende dalle caratteristiche del soggetto in questione e dalle patologie di cui questi soffre. "Si va verso una personalizzazione della terapia - aggiunge Andrea Melani, dell'AOU Senese. Ma la concertazione deve essere ampia e andare oltre il coinvolgimento di specialisti, Mmg e pazienti: deve riguardare anche farmacisti, infermieri, fisioterapisti e gli stessi produttori devono fornire chiare e precise indicazioni su come si usano i loro devices; come e dove si conservano, come si caricano, come e quante volte si inala. Un uso non corretto o un device inadatto al soggetto infatti può danneggiare il paziente".

■ RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Trattamento endovascolare del varicocele maschile

■ **Salvatore Alessio Angileri¹, Enrico Maria Fumarola¹, Anna Maria Ierardi¹, Mario Petrillo¹, Andrea Sacrini¹, Chiara Floridi¹, Gianpaolo Carrafiello^{1,2}**

Il varicocele è una dilatazione anormale del plesso venoso pampiniforme a livello testicolare dovuta al flusso inverso nella vena spermatica interna o nei suoi rami laterali causati dall'incontinenza valvolare. Le vene dilatate determinano un innalzamento di pochi gradi della temperatura del testicolo che se si mantiene per lungo tempo può causare infertilità. L'incidenza negli uomini è di circa il 15% ed è spesso associata a ipotrofia testicolare o dolore sordo scrotale. Se di grado severo e non trattato può portare alla dispermia e all'infertilità. Il varicocele è presente nel 35% degli uomini affetti da infertilità primaria, ed è considerata la forma di patologia associata alla infertilità più facilmente trattabile.

Il varicocele è nella maggioranza dei casi asintomatico; l'esordio è più comunemente puberale o postpuberale (12-18 anni), più frequentemente localizzato a sinistra per ragioni di anatomia vascolare. Dopo la cura del varicocele (che sia chirurgica o radiolo-

gica) la funzionalità e il numero degli spermatozoi mostra un netto miglioramento con una crescita significativa della probabilità di gravidanza.

► Diagnostica

L'esame obiettivo è ancora oggi il gold standard nella diagnosi di varicocele e prevede il riconoscimento di una massa palpabile a livello testicolare in corrispondenza della corda spermatica, esacerbata dopo manovra di Valsalva. L'esame con ecocolordoppler (ECD), comunque, è ormai ritenuto parte integrante nel percorso diagnostico, considerata l'alta sensibilità (97%) e specificità (94%).

L'esame ECD prende in considerazione principalmente due parametri: il diametro delle vene a livello del plesso pampiniforme e il grado di reflusso.

► Trattamenti

Lo scopo del trattamento è differente in caso di adolescenti o pazienti adulti; negli adulti l'obiettivo è quello di migliorare il livello di fertilità. In età puberale invece è quello di prevenire il danno ai testicoli, mantenere la fun-

zione testicolare e risolvere il dolore. Esistono ancora delle controversie sulle indicazioni al trattamento. L'Associazione Europea di Urologia (EAU) stabilisce come indicazioni al trattamento: "varicocele associato a testicolo di piccole dimensioni; varicocele associato ad ulteriore patologia testicolare che influisce sulla fertilità; varicocele palpabile bilaterale; varicocele associato ad anomalie spermatiche patologiche; varicocele sintomatico". Nonostante questo, gli effetti benefici del trattamento in caso di pazienti con problemi di infertilità sono ancora incerti.

Esistono varie tecniche per il trattamento del varicocele sia chirurgiche che endovascolari mini-invasive, queste ultime vengono eseguite dal radiologo interventista.

Le tecniche chirurgiche sono eseguite dal chirurgo generale o dall'urologo e consistono nella legatura retroperitoneale o inguinale o subinguinale.

Il tasso di recidiva delle procedure varia tra lo 0% e il 37%.

Approccio della radiologia interventistica

La sclero-embolizzazione percutanea retrograda della vena spermatica rappresenta una tecnica moderna alternativa alla chirurgia grazie alla bassa invasività, assenza di anestesia generale, breve ospedalizzazione e basso tasso di complicanze.

La tecnica standard prevede una procedura eseguita in regime di day hospital. In anestesia locale si effettua la puntura della vena femorale comune destra; sotto guida fluoroscopica si esegue

ASST Santi Paolo Carlo Presidio San Paolo
Università degli Studi di Milano
¹Radiologia Diagnostica ed Interventistica
²Direttore Radiologia Diagnostica ed Interventistica
Prof. Ordinario di Radiologia
Università degli Studi di Milano

quindi il cateterismo della vena renale e della vena spermatica interna; si dimostra poi l'incontinenza valvolare della vena spermatica e la presenza di eventuali vasi venosi collaterali dilatati tramite un'iniezione di MdC (figura 1). Si procede dunque all'embolizzazione della vena spermatica interna al di sopra del legamento inguinale utilizzando un farmaco scleroembolizzante. Durante l'iniezione dell'agente embolizzante, al paziente viene chiesto di

effettuare una compressione manuale occlusiva della vena spermatica interna a livello dell'inguine per evitare la migrazione distale. Il paziente viene tenuto in osservazione di 3-4 ore dalla procedura. Alla dimissione sono consigliati riposo ed astensione da attività fisica e sessuale per circa 14 giorni. La terapia endovascolare viene proposta sia come primo trattamento sia nei casi di recidiva dopo pregresso intervento chirurgico.

► Complicanze

Il tasso di successo tecnico per questo tipo di procedura è molto elevato, oltre il 90%, con bassa incidenza di complicanze (<5%). Queste solitamente sono tutte di tipo minore, non richiedendo mai una nuova ospedalizzazione, e includono: reazione allergica al MdC, *leakage* del MdC nel retroperitoneo, brevi episodi febbrili e rigonfiamento testicolare. Molti studi dimostrano che il beneficio previsto per questo tipo di procedura (risoluzione del dolore, crescita compensatoria del testicolo, miglioramento dei parametri spermatici) giustifica ampiamente la minima esposizione a radiazioni.

► Follow-up

Il follow up viene eseguito con esame obiettivo ed ECD a 3 e 12 mesi, e con spermioγραμμα a circa 1 anno dal trattamento.

► Conclusioni

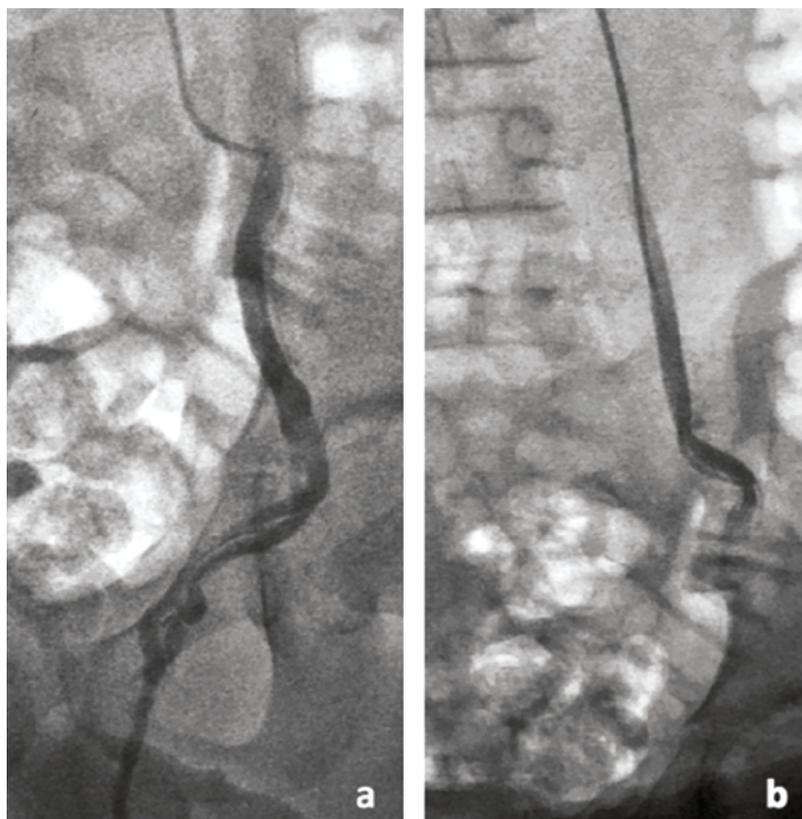
Il trattamento radiologico percutaneo del varicocele è una tecnica mini-invasiva, ben tollerata dal paziente, capace di migliorare i parametri seminali e di risolvere il dolore, con risultati assolutamente comparabili alle tecniche chirurgiche.

Per informazioni
salvatore.angileri@asst-santipaolocarlo.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Salvatore Alessio Angileri

Figura 1



a. Flebografia della vena spermatica interna di sinistra mostra la dilatazione e la tortuosità delle vene a livello del plesso pampiniforme testicolare omolaterale responsabili del varicocele.
b. controllo dopo trattamento con completa chiusura del tratto distale del varicocele dopo scleroembolizzazione

■ NEUROLOGIA

TIA e ictus minore, non abbassare la guardia

Dopo un attacco ischemico transitorio (TIA) o un ictus ischemico minore il rischio a lungo termine di ictus, sindrome coronarica acuta (SCA) o morte per cause cardiovascolari non è ben noto. Gli studi condotti in passato avevano stimato che, nei primi 3 mesi dopo un TIA, la prognosi di un nuovo evento ischemico cerebrale o di una sindrome coronarica acuta può variare dal 12% al 20%.

Per analizzare i fattori eziologici, il profilo, gli outcomes dei pazienti con pregresso TIA un gruppo internazionale di neurologi, coordinato da Pierre Amarenco (Dipartimento di Neurologia e Stroke Center, Ospedale Bichat di Parigi) ha costruito il progetto "TIAregistry.org", che include 4.789 pazienti con ictus/TIA, arruolati in un contesto sanitario che consente una valutazione specialistica in tempi rapidi.

▶ Lo studio

Di recente è stato pubblicato il trial condotto dal gruppo di esperti, proprio per valutare il rischio a lungo termine dopo un TIA.

Lo studio è basato sul registro di 3.847 pazienti con TIA o ictus ischemico minore entro 7 giorni prima

dell'arruolamento di 42 centri dislocati in 21 Paesi. I pazienti sono stati arruolati dal 2009 al 2011 e sono stati seguiti prospetticamente con interviste a 1 mese, 3 mesi, 12 mesi e ogni 12 mesi successivamente per 5 anni. L'outcome primario era un composto di ictus (ischemico o emorragico), sindrome coronarica acuta o morte per cause cardiovascolari. I dati ad un anno sono stati precedentemente pubblicati (questo studio funge da analisi di follow-up). Al momento dell'arruolamento dei 3.847 pazienti l'età media era 66.4 anni, il 59.8% di sesso maschile, il 70.3% presentava ipertensione arteriosa, l'8.7% con diagnosi di fibrillazione atriale.

▶ Risultati

A distanza di 5 anni dall'evento, l'outcome primario (ictus, SCA o morte cardiovascolare) si è verificato in 469 pazienti (tasso di eventi cumulativi stimati, 12.9% su 5 anni), con 235 (50.1% degli eventi) che si verificano negli anni due-cinque. A 5 anni, 345 dei pazienti avevano avuto un ictus ricorrente (tasso di eventi cumulativi stimato, 9.5%), con 149 (43.2% degli ictus totali) verificatisi negli anni due-cinque.

I tassi di morte per qualsiasi causa (cardiovascolare, emorragia intracranica e sanguinamento maggiore) erano del 10,6%, 2,7%, 1,1% e 1,5%, rispettivamente, a 5 anni. Nelle analisi multivariate, l'aterosclerosi omolaterale dell'arteria grande, il cardioembolismo e un punteggio ABCD2 al basale per il rischio di ictus (range, da 0 a 7, con punteggi più alti che indicano un rischio maggiore ≥ 4) erano associati ad un aumentato rischio di ictus successivo.

I tassi a 5 anni dell'outcome primario (12,9%) e dell'ictus (9,5%) in questo registro erano inferiori ai tassi suggeriti dalle coorti storiche (22% e 17% rispettivamente). Il rischio di ictus, SCA e morte per cause cardiovascolari è più alto nel primo anno, ma persiste nei 2-5 anni dopo ictus minore o TIA. Nel follow-up dello studio di 1 anno, il tasso di eventi cardiovascolari incluso l'ictus in una coorte selezionata era del 6.4% nel primo anno e percentuale identica nel secondo e nel quinto anno.

Pierre Amarenco ha dichiarato: "Nonostante l'uso ottimale della terapia di prevenzione, compresi agenti anti-trombotici, antipertensivi e ipolipemizzanti, questi dati indicano che potrebbe essere possibile ridurre ulteriormente gli ictus ricorrenti con nuove misure di prevenzione secondaria.

Bibliografia

- Amarenco P et al. One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke. *NEJM* 2016; 374: 1533-42.
- Amarenco P et al. Five-year risk of stroke after TIA or minor ischemic stroke. *NEJM* 2018; 378: 2182-90.

Ipotensione arteriosa e sincope

Il procedimento clinico decisionale nella diagnosi differenziale

Spesso i dati clinici e anamnestici sono sufficienti al medico per diagnosticare la causa del malore.

Il trattamento di una sincope, che mira anche a prevenire le recidive, è rivolto alla causa oppure consiste nell'educazione del paziente, affinché eviti le circostanze che scatenano l'evento

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**², **Giuseppe Di Pumpo**³, **Gaetano Serviddio**⁴, **Gianluigi Vendemiale**⁵, **Angelo Benvenuto**⁶

► Caso clinico

Un uomo di 62 anni arriva in Pronto Soccorso per una riferita perdita di coscienza. Il paziente appare orientato, non mostra difficoltà respiratorie né alterazioni di circolo; la sua frequenza cardiaca è normale. All'ECG non vi sono modificazioni significative. Il paziente non rivela deficit neurologici evidenti. All'anamnesi non presenta dati di rilievo, né dichiara assunzione di farmaci. Riferisce una fastidiosa nicturia da alcuni mesi, con sempre maggiore difficoltà a svuotare la vescica, precisando successivamente che la sincope era avvenuta proprio durante la minzione. Viene posta diagnosi di sincope situazionale e, avendo riscontrato ingrandimento della prostata, il paziente viene inviato all'urologo. Tre giorni dopo, il paziente ritorna per un nuovo episodio sincopale, questa volta insorto mentre si alzava dal letto. Rispetto al

precedente esame clinico, il paziente presenta una spiccata ipotensione ortostatica e riferisce di aver iniziato ad assumere un α -litico prescritto dall'urologo. Viene posta diagnosi di ipotensione ortostatica da farmaci. Il paziente viene rassicurato e, alla dimissione, viene informato sulle misure da prendere per evitare gli effetti collaterali del farmaco.

► Definizione e fattori eziologici

L'ipotensione arteriosa è definita come una condizione caratterizzata da una pressione arteriosa sistolica (PAS) <100-105 mmHg.

Eziologicamente, possiamo distinguere:

- un'ipotensione essenziale (specie in giovani donne di tipo leptosomico);
- un'ipotensione secondaria, che può essere dovuta a disturbi endocrini (insufficienza surrenalica, insufficienza del lobo anteriore dell'ipofisi), ad una patologia cardiovascolare (stenosi aortica, insufficienza cardiaca, disturbi del ritmo), ad ipovolemia ed emorragia, a farmaci (psicofarmaci, antiaritmici, antiipertensivi, diuretici, antianginosi);
- un'ipotensione da neuropatie autonome, di cui esistono forme primiti-

ve e molto rare (sindrome di Shy-Drager cioè un'atrofia multisistemica del SNC, sindrome di Bradbury-Eggleston cioè un'ipotensione ortostatica idiopatica) e forme secondarie (come avviene per esempio nel diabete mellito).

Percorso diagnostico

► Criteri clinico-obiettivi

Un'attenta raccolta anamnestica e l'esame obiettivo possono rappresentare l'elemento chiave nella diagnosi dell'85% dei casi. Particolare attenzione va posta alla concomitanza di altri sintomi che il paziente ha avvertito prima o alla risoluzione dell'episodio (dolore toracico, cardiopalmo, cefalea, vertigini nel passaggio da clino- ad ortostatismo oppure nel piegarsi) o alle attività svolte quando l'episodio si è manifestato (particolari movimenti del capo o degli arti, esercizio fisico, riposo, stress emotivo nelle ore precedenti o immediatamente prima, incubi notturni). Con l'esame obiettivo vanno effettuati: la valutazione della pressione arteriosa in clino- e in ortostatismo per evidenziare un'eventuale ipotensione ortostatica (è diagnostica la riduzione

Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

¹Dirigente Medico SC Medicina Interna

²Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC

⁶Direttore SC Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

³Direttore SC Pronto Soccorso

Università degli Studi di Foggia

Policlinico AOU "Ospedali Riuniti"

⁴Professore Associato di Medicina Interna

⁵Professore Ordinario di Medicina Interna

di almeno 20 mmHg della pressione arteriosa sistolica o di almeno 10 mmHg di quella diastolica nel passaggio - dopo almeno 5 minuti - dal decubito supino alla stazione eretta), un'attenta auscultazione cardiaca per la ricerca di cardiopatie misconosciute, un esame neurologico di base per escludere deficit grossolani.

È dunque fondamentale la diagnosi differenziale con la *sincope* che consiste in una transitoria perdita di coscienza, di breve durata (alcuni secondi o minuti), con perdita del tono posturale e a risoluzione spontanea. La sincope ha esordio improvviso e solitamente in apparente benessere, benché talora sia preceduta da una fugace sensazione di mancamento (o pre-sincope); non è mai associata a stupore o coma. Va differenziata dalla *lipotimia*, nella quale l'eventuale perdita di coscienza è preceduta da una chiara sensazione di malessere e astenia, talora associati a vertigine, sensazione di "testa vuota", instabilità o perdita dell'equilibrio. La sincope può essere di varia natura:

- sincope cardiogena, che comprende la "low output syndrome" o "sindrome da bassa gittata" (stenosi aortica, stenosi mitralica, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, infarto miocardico acuto con deficit di pompa, tamponamento cardiaco, embolia polmonare, dissecazione aortica) e la sincope da disturbi del ritmo cardiaco (bradicardia sinusale estrema, BAV di 2° o 3° grado, tachicardia sopraventricolare, tachicardia ventricolare);
- sincope circolatoria che comprende la sincope vaso-vagale o vaso-depressiva (fattori scatenanti sono lo stress emotivo, una forte sensazione di paura, un dolore intenso, la stimolazione vagale), la sincope ortostatica (fattore scatenante è l'alzarsi di colpo dalla posizione sdraiata oppure lo stare in piedi a lungo e patogeneticamente è dovuta al deficit del riflesso vasocostrittore a livello delle vene degli arti

inferiori), la sincope ipovolemica (secondaria alla deplezione di liquidi), la sindrome del seno carotideo, la sincope da neuropatia autonoma periferica (secondaria a diabete mellito, amiloidosi, porfiria, etilismo e anemia perniciosa), la sincope da farmaci (barbiturici, antidepressivi triciclici, alfabloccanti, clonidina, ACE-inibitori);

- sincope neurologica che può essere dovuta a narcolessia, a epilessia, ad insufficienza cerebro-vascolare, lesioni traumatiche del midollo spinale, neoplasie primitive o metastatiche del SNC;
- sincope metabolica, causata da ipossia e anemia grave oppure da ipoglicemia;
- sincope post-minzionale, defecazione, tosse o deglutizione;
- sincope da malattie psichiatriche (crisi d'ansia, crisi di panico).

Quando nessuna delle patologie elencate è riconoscibile con le metodiche diagnostiche a nostra disposizione la sincope viene ritenuta inspiegata o idiopatica.

► Indagini strumentali

L'ECG a riposo consente il rilievo di eventuali disturbi di conduzione o di aritmie e deve essere completato con la registrazione continua delle 24 ore secondo Holter, quando la storia clinica sembra suggestiva per un episodio aritmico che potrebbe ripetersi dopo breve tempo. Il massaggio del seno carotideo è la manovra essenziale alla diagnosi di sindrome del seno carotideo.

L'ecocardiogramma consente di evidenziare patologie cardiache silenti sul piano clinico e obiettivo o di rivalutare cardiopatie già note e potenzialmente responsabili dell'episodio ipotensivo o lipotimico-sincopale. Se l'ipotesi aritmica prevale a conclusione dei primi accertamenti, è indicato programmare anche un test da sforzo: l'eventuale induzione di

ischemia miocardica e in concomitanza con essa di aritmie o di insufficienza ventricolare sinistra in grado di provocare la sincope indirizza alla diagnosi di cardiopatia ischemica.

In assenza di cardiopatia evidenziabile all'ecocardiogramma sono invece indicati il tilt-test (esame di elezione per la diagnosi di sindrome vasovagale) e una valutazione neuropsichiatrica.

Utile anche il monitoraggio della pressione arteriosa delle 24 ore. Nei pazienti per i quali è verosimile una patologia vascolare cerebrale, l'iter diagnostico prosegue con l'esecuzione di esami quali l'ecocolorDoppler dei tronchi sovraortici e trans-cranico, l'EEG e la TAC encefalo.

Approccio terapeutico

La terapia è essenzialmente sintomatica e successivamente può essere eventualmente mirata in rapporto alla causa scatenante.

Alcune misure utili sono dormire con busto più alto di 20° e alzarsi lentamente dalla posizione sdraiata.

Di impiego più frequente sono i farmaci simpaticomimetici (per esempio, la midodrina) e l'idrocortisone.

Nel collasso ortostatico e nella sincope vaso-vagale è opportuno posizionare il paziente in Trendelenburg (posizione sdraiata con gambe sollevate).

Opere di approfondimento

- De Luca Pasquale "Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica", Società Editrice Universo, Roma, 2011.
- Dioguardi Nicola, Sanna Gianpietro, "Moderni aspetti di Semeiotica Medica", Società Editrice Universo, Roma, 2002.
- Fradà Giovanni "Semeiotica medica nell'adulto e nell'anziano", Piccin, Padova, 2018.
- Gasbarrini Giovanni "Trattato di Medicina Interna", Verduci, Roma, 2011.
- Goldman Lee, Schafer Andrew I. et Al. "Goldman-Cecil Medicina Interna", Edizioni Edra, Milano, 2017.
- Grifoni Stefano "Medicina d'Urgenza. Metodologia Clinica", Piccin, Padova, 2015.
- Kasper Dennis L. et Al. "Harrison Principi di Medicina Interna", Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2017.
- Nuti Ranuccio, Caniggia Angelo "Metodologia Clinica", Minerva Medica, Torino, 2002.
- Porter Robert S. et Al. "Manuale Merck di Diagnosi e Terapia", Springer Verlag, Milano, 2014.
- Siegenthaler Walter "Diagnosi differenziale", UTET, Torino, 2010.

Diabete e multimorbilità cardiovascolari

Indicazioni operative di tipo clinico e di tipo assistenziale, in merito all'inquadramento ed alla gestione del paziente diabetico con multimorbilità CV, con un approccio multidisciplinare.

È l'obiettivo del Progetto "RIPARTO" - Raccomandazioni Intersocietarie per il Paziente

DiAbetico con MultimoRbidiTà CardiOvascolari - elaborato da diverse società scientifiche.

La prima edizione approfondisce lo scompenso cardiaco e un ampio capitolo è dedicato alla medicina generale e al percorso extraospedaliero e domiciliare, di cui pubblichiamo una sintesi

Nel paziente con nuova diagnosi di DMT2 è opportuno procedere a un corretto inquadramento clinico-strumentale per individuare, il più precocemente possibile, i soggetti a maggior rischio di sviluppare una cardiopatia strutturale con disfunzione ventricolare sinistra e SC. Compito del Mmg sarà quello d'inviare il paziente a valutazione diabetologica secondo le modalità previste dal PDTA specifico per classi di priorità. Spetta alla struttura diabetologica valutare la presenza di eventuali complicanze e la presenza, se non già presenti e documentati in anamnesi, dei fattori di rischio per cardiopatia a rischio di SC. In caso di presenza di tali elementi di rischio, dopo valutazione clinica e accertamenti di laboratorio e strumentali, il paziente viene inviato a visita cardiologica per una migliore stadiazione e stratificazione del rischio, con eventuale valutazione ecocardiografica, e ricerca di cause eziologiche (coronarografia, ecc).

Il paziente diabetico, sia il neo diagnosticato sia quello noto, in caso di evidenti segni e sintomi chiari di cardiopatia e SC deve essere inviato direttamente dal Mmg a valutazione cardiologica per una definizione dia-

gnostica, per prescrivere una terapia appropriata e programmare ulteriori accertamenti, se necessari. Successivamente, la struttura specialista cardiologica invia il paziente alla struttura diabetologica per una valutazione del controllo metabolico, della terapia ipoglicemizzante alla luce della condizione cardiologica e correzione dei fattori di rischio associati.

La terapia ipoglicemizzante dovrà essere scelta personalizzando l'intervento alle caratteristiche del paziente e prediligendo l'utilizzo di molecole che hanno dimostrato un effetto di protezione CV o in seconda battuta quelle con neutralità cardiovascolare, e comunque quelle che garantiscono basso rischio di ipoglicemia.

La gestione del paziente diabetico con rischio di cardiopatia o con cardiopatia e SC oligosintomatico e stabile dal punto di vista clinico (Classe NYHA I o II) e in buon controllo e stabilità glicometabolica (Classe 5 secondo Documento di Indirizzo Politico e Strategico per la buona assistenza alle Persone con Diabete - AMD/ SID - SIMG 2010) è affidata al Mmg.

► Follow-up

Il Mmg, durante il follow-up da programmare ogni tre-sei mesi, valuta la stabilità clinica con particolare attenzione a segni e sintomi clinici d'instabilità emodinamica, avvalendosi anche d'indagini di laboratorio (funzione renale, elettroliti plasmatici, peptidi natriuretici) e strumentali (ECG, Rx torace, ecc.). Follow-up per il compenso glico-metabolico (HbA1c-profilo lipidico-microalbuminuria), con particolare attenzione alle ipoglicemie avvalendosi del diario delle glicemie capillari a domicilio, rivalutare l'appropriatezza della terapia farmacologica alla condizione clinica.

Rinforzo educativo con particolare attenzione al riconoscimento precoce dei sintomi d'instabilità clinica (dispnea, angina, aritmie ipo-iper-cinetiche, ecc), aderenza alla terapia e ai consigli dietetici, all'autocontrollo glicemico, al riconoscimento e correzioni delle ipoglicemie.

In caso di particolari problemi assistenziali il Mmg può avvalersi, nella gestione del follow-up, dell'Assistenza Domiciliare Programmata o dell'Assistenza Domiciliare.

Secondo un PDTA specifico, tempi e modalità dei controlli in relazione al quadro clinico e alla presenza di comorbilità, il Mmg invia al Centro specialistico cardiologico e diabetologico.

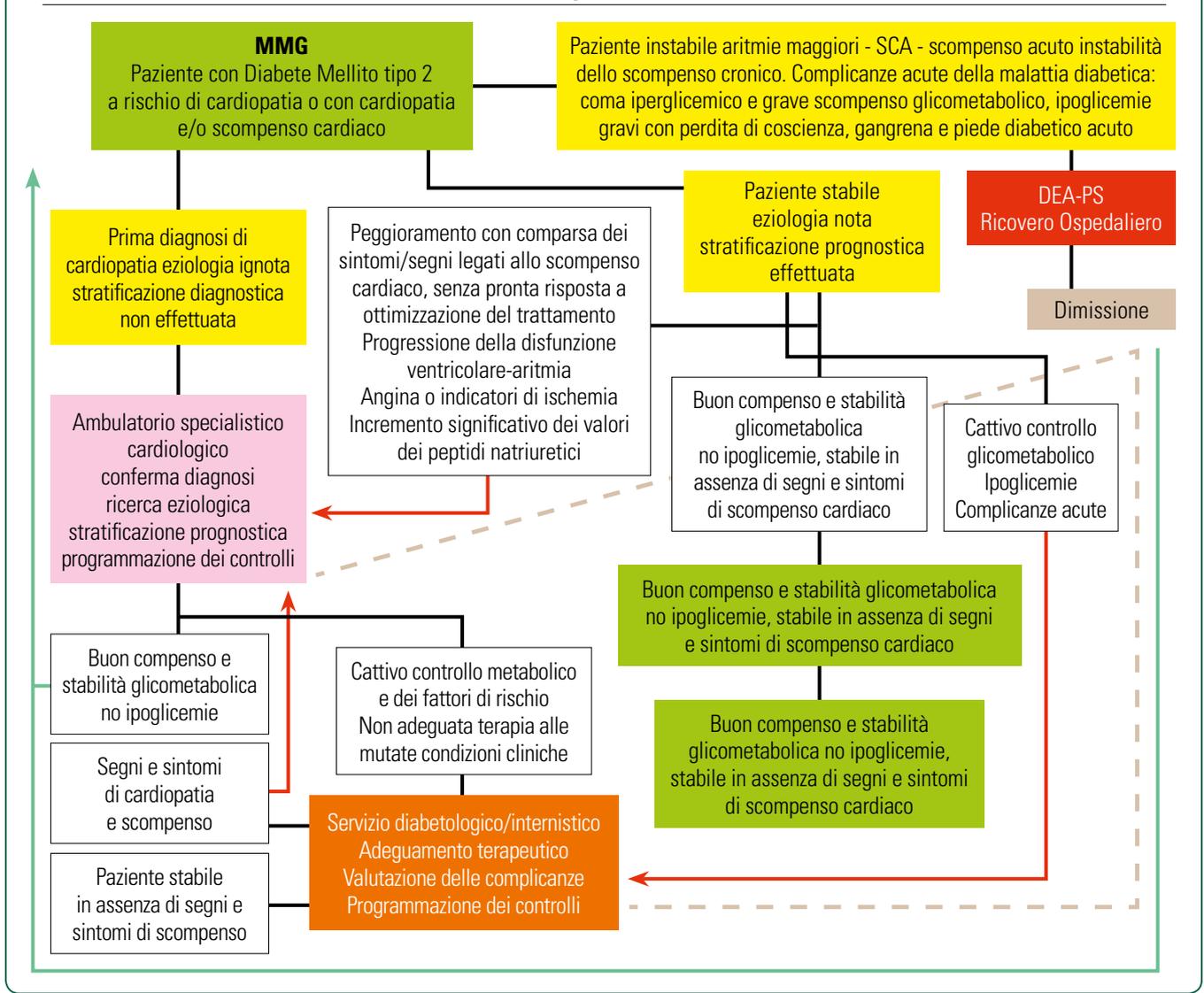
Secondo un PDTA specifico, tempi e modalità dei controlli in relazione al quadro clinico e alla presenza di comorbilità, il Mmg invia al Centro specialistico cardiologico e diabetologico.

► Ricovero ospedaliero

In caso di SC acuto, rapida insorgenza di segni e sintomi secondari a disfunzione cardiaca, condizione clinica criti-

Il Documento Intersocietario è stato sviluppato da cinque Società Scientifiche (SIMG, FADOI, SIC, SID, SIMI)

Percorso extraospedaliero e domiciliare



ca per una complicanza acuta della malattia diabetica, il Mmg, la struttura Diabetologica e Cardiologica inviano il paziente al ricovero ospedaliero. Indicazioni al ricovero ospedaliero:

- 1. Aritmie maggiori**
 - a) Aritmie sintomatiche
 - b) Sincope o pre-sincope
 - c) Arresto cardiaco
- 2. Ischemia miocardica acuta**
- 3. Scompenso cardiaco de novo, sintomi di nuova insorgenza e a rapida comparsa**
- 4. Scompenso Cronico instabile**

- 5. Stato iperglicemico iperosmolare e grave scompenso metabolico**
- 6. Ipoglicemia con perdita di coscienza**
- 7. Piede in gangrena.**

Alla dimissione, il paziente in assenza di sintomi e segni importanti di SC a riposo e nelle attività minime e con un buon controllo glicemico viene affidato al Mmg secondo un programma di controlli ben definiti. In caso di controllo glicemico non ottimale viene preso in carico dal servizio diabetologico prima e dopo

la dimissione per ottimizzare la terapia e per effettuare il percorso educativo finalizzato all'autocontrollo e l'utilizzo dei device (penne per insulina, glucometri, ecc). Il paziente con SC avanzato e refrattario è prevalentemente in carico alle cure specialistiche attraverso ambulatori dello SC gestiti da una équipe medico infermieristica dedicata. Pazienti con condizioni cliniche tali da permettere un trattamento riabilitativo saranno inviati alla Cardiologia Riabilitativa.

Test per lo screening della memoria

Il Montreal Cognitive Assessment (MoCa) è un test neuropsicologico utilizzato come strumento di screening del deterioramento cognitivo lieve, facilmente usufruibile in pratica clinica

Loredana Locusta

Psicologa - Esperta in Neuropsicologia Clinica - Nucleo Alzheimer Villaggio Amico, Gerenzano (VA)

Capita, non di rado, che una persona avverta un cambiamento di quelle che sono le attività della vita quotidiana e che, questa modifica della quotidianità si manifesti con disturbi della sfera cognitiva.

Facciamo degli esempi: può capitare di non ricordare più dove si è riposto un oggetto che siamo soliti riporre da anni al solito posto o dimenticare un appuntamento consueto come la partecipazione alla scuola di ballo del giovedì sera. Le dimenticanze fanno parte della vita di tutti i giorni e possono capitare anche in età giovanile.

Ma come si può capire se, proprio quel vuoto di memoria sia imputabile a un periodo di stress, all'avanzare fisiologico dell'età o a una patologia sottostante?

Di fronte alle difficoltà e al disorientamento della persona, il Mmg invierà il paziente al neurologo e al neuropsicologo, specialisti che si occupano delle funzioni cognitive, che attraverso il colloquio clinico discrimineranno se si tratti o meno di un vero e proprio disturbo della sfera cognitiva. Potrà ricavare l'anamnesi neuropsicologica con la raccolta di tutte quelle informazioni, recenti e passate, che riguardano il trascorso medico e psicologico del paziente.

La raccolta di questi dati è motivata dal fatto che la prestazione neuropsicologica potrebbe essere influenzata da vari fattori, che devono essere conosciuti dal medico e dal neuropsicologo, affinché si possa attribuire la causa alle eventuali difficoltà riscontrate.

Terminato il colloquio clinico, si utilizzeranno i test neuropsicologici utili sia per uno screening iniziale delle possibili difficoltà, sia per un futuro inquadramento diagnostico della persona. L'uso dei test permette di classificare la prestazione del paziente tramite un sistema di categorie o una scala numerica (Cronbach, 1970) e l'utilizzo, unitamente a una valutazione neuropsicologica completa, permetterà di osservare il paziente in una situazione strutturata, dove alcuni deficit che potrebbero rimanere inosservati verranno evidenziati, mentre prestazioni che appaiono compromesse potrebbero invece risultare nella norma.

Ma cosa fare se la persona volesse solamente togliersi il dubbio di avere o meno un disturbo cognitivo e si presenta dal Mmg? Spesso, infatti, ci si trova di fronte a persone spaventate per quei vuoti di memoria che appaiono continui e invadenti nella quotidianità ma, allo stesso tempo, vengono imputati a un possibile momento di stanchezza psico-fisica e non a una patologia sottostante. In questo caso, al fine di avere maggiore chiarezza, è consigliabile sottoporre i soggetti a test di base generali, per avere una prima idea riguardo al buon funzionamento o meno della sfera cognitiva.

Facciamo nuovamente qualche esempio chiarificativo: « Da un anno a questa parte, quando chiedo a mia figlia di aiutarmi ad apparecchiare la tavola ho il nome 'tovaglia' sulla punta della lingua ma la parola esatta spesso non mi viene

fuori, proprio come se quel termine non lo avessi più in memoria". L'esempio riportato ci fa capire che sovente vi è la mancanza di denominazione del termine preciso che si ha in mente. Si tratta di una dimenticanza dovuta allo stress oppure si tratta di un campanello di allarme di una patologia, dove le funzioni cognitive non sono più come in passato?

In questo caso fare uno screening iniziale, con un test idoneo, può essere di grande aiuto per due principali fattori: intanto per rassicurare la persona e, in secondo luogo, per provvedere, se dovessero esserci dei risultati riguardanti una compromissione delle funzioni cognitive, a un esame più approfondito.

La maggior parte dei test di screening neuropsicologici, dunque, ha l'obiettivo di valutare la presenza di un possibile problema della memoria, dell'attenzione, della pianificazione delle azioni, del linguaggio e di tutte le restanti funzioni cognitive.

► Montreal Cognitive Assessment

Uno strumento neuropsicologico utilizzato come strumento di screening del deterioramento cognitivo lieve è il Montreal Cognitive Assessment (MoCa; Nasreddine et al, 2004).

Non da molto abbiamo una validazione sulla popolazione italiana (Santangelo et al, 2014), dove il campione normativo consta di 415 soggetti di età compresa tra 21 e 95 anni, con anni di scolarità da 1 a maggiore di 13 anni.

Questo strumento consiste nella som-

ministrato di 12 sottocompiti - identificati come aree dove il soggetto è chiamato a rispondere -, dove saranno esaminate: memoria, abilità visuo-costruttive, funzioni esecutive, attenzione, concentrazione, memoria di lavoro, linguaggio, orientamento. Uno strumento di screening iniziale che è in grado di fornirci delle buone informazioni sul funzionamento cognitivo globale della persona e, fattore rilevante, uno strumento molto veloce: il tempo totale di somministrazione, di rado, supera i 10 minuti. Il punteggio totale massimo che si potrà raggiungere al test è di 30, numero che corrisponde ad un buon funzionamento cognitivo. Una volta somministrato il test al soggetto, sarà il clinico a correggerlo attraverso metodologie statistiche, che terranno conto dell'età e del livello di scolarità del soggetto. Dunque, attraverso la quantificazione della prestazione al Montreal Cognitive Assessment, noi possiamo stabilire dove si colloca la prestazione del soggetto rispetto a dei valori normativi, giudicandola, per esempio, come alterata, ai limiti della norma o nella norma. Durante la somministrazione di un test di screening come il MoCa, è fondamentale tenere sotto controllo, il più possibile, alcuni fattori che potrebbero compromettere la buona riuscita del test stesso. Per esempio, sarà bene che il clinico adotti strategie per ridurre l'ansia da prestazione, diminuendo magari il timore che la valutazione assuma il significato di giudizio delle proprie capacità: spiegare con chiarezza il significato della valutazione è, dunque, un passo imprescindibile per ottenere un buon risultato.

Anche il livello di affaticamento è da monitorare: solitamente, si preferisce somministrare un test o una valutazione neuropsicologica completa, in orari dove la persona è meno affaticata, come nella prima fascia della mattinata. La partecipazione a un test di screening è fondamentale non solo per la prevenzione di un disturbo cognitivo ma anche perché permette al clinico di osservare la consapevolezza o meno della persona relativamente ai propri disturbi cognitivi e all'impatto che questi hanno sulla vita quotidiana. Una volta effettuati i test di screening, è possibile effettuare i test specifici laddove si siano riscontrate delle difficoltà generali. Attraverso i test specifici è possibile indagare singolarmente i danni riportati per ogni funzio-

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) - ITALIA -

NOME: _____
 Scolarità: _____ Data di nascita: _____
 Sesso: _____ DATA: _____

VISUOSPAZIALE / ESECUTIVO		Copi il cubo		Disegni un orologio (undici e dieci) (3 punti)																			
				<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Numeri <input type="checkbox"/> Lancette																			
DENOMINAZIONE																							
MEMORIA		Leggere la lista di parole: il soggetto deve ripeterle. Fare le prime 2 prove di seguito e il "Richiamo" dopo 5 min.		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>Faccia</th> <th>Velluto</th> <th>Chiesa</th> <th>Margherita</th> <th>Rosso</th> </tr> <tr> <td>1° prova</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2° prova</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Faccia	Velluto	Chiesa	Margherita	Rosso	1° prova						2° prova					
	Faccia	Velluto	Chiesa	Margherita	Rosso																		
1° prova																							
2° prova																							
ATTENZIONE		Leggere la serie di cifre (una cifra / sec.)		Il soggetto deve ripeterle <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 Il soggetto deve ripeterle in ordine inverso <input type="checkbox"/> 7 4 2																			
Leggere la serie di lettere. Il soggetto deve dare un colpo con la mano sul tavolo ad ogni lettera "A". 0 punti se ≥ 2 errori <input type="checkbox"/> F B A C M N A A G H L B A F A H D E A A A G A M O F A A B																							
Sottrazione di 7 partendo da 100 per 5 volte <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sottrazioni corrette: 3 pt, 2 o 3 corrette: 2 pt, 1 corretta: 1 pt, 0 corrette: 0 pt																							
LINGUAGGIO		Ripeta: So solo che oggi dobbiamo aiutare Giovanni. <input type="checkbox"/> Il gatto si nascondeva sempre sotto il divano quando c'erano cani nella stanza. <input type="checkbox"/>																					
Fluenza / In 1 minuto , nomini il maggior numero possibile di parole che iniziano con la lettera "F". <input type="checkbox"/> ____ (N ≥ 11 parole)																							
ASTRAZIONE		Similitudini tra per es. banana / arancio = frutti; <input type="checkbox"/> treno / bicicletta <input type="checkbox"/> orologio / righello																					
RICHIAMO DIFFERITO		Deve ricordarsi le parole SENZA AIUTO		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>Faccia</th> <th>Velluto</th> <th>Chiesa</th> <th>Margherita</th> <th>Rosso</th> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Punti solo per ripetizione SENZA AIUTO			Faccia	Velluto	Chiesa	Margherita	Rosso		<input type="checkbox"/>										
	Faccia	Velluto	Chiesa	Margherita	Rosso																		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Opzionale		AIUTO Categoria Seman. Scelta multipla																					
ORIENTAMENTO		<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Mese <input type="checkbox"/> Anno <input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Luogo <input type="checkbox"/> Città																					

© Z. Nasreddine. Traduzione a cura di A. Pirani, C. Tulipani, M. Neri - Versione 26 Luglio 2006 - www.mocatest.org
 L'immagine è solo esemplificativa e l'uso dello strumento è competenza unica del professionista

ning è fondamentale non solo per la prevenzione di un disturbo cognitivo ma anche perché permette al clinico di osservare la consapevolezza o meno della persona relativamente ai propri disturbi cognitivi e all'impatto che questi hanno sulla vita quotidiana. Una volta effettuati i test di screening, è possibile effettuare i test specifici laddove si siano riscontrate delle difficoltà generali. Attraverso i test specifici è possibile indagare singolarmente i danni riportati per ogni funzio-

ne cognitiva, permettendo inoltre di accertare il grado di malattia.

Note bibliografiche

- Santangelo G et al. Normative data for the Montreal Cognitive Assessment in an Italian population sample. *Neurol Sci* 2014; 36: 585-91.
- www.mocatest.org

Al fine di evidenziare nella popolazione un eventuale declino cognitivo la Residenza Sanitaria **Villaggio Amico**, alla porte di Milano (Gerenzano, VA), ha dedicato di recente una settimana di screening gratuiti per la prevenzione dei disturbi della memoria, dove è stato gratuitamente somministrato il Test MoCa. Hanno partecipato circa 30 persone, dai 60 anni in su, che hanno beneficiato del colloquio clinico e della somministrazione del test. Circa il 20% dei partecipanti è già con decadimento cognitivo.

Modelli alimentari e attività fisica

Diete alla moda e “work-out mania”, ovvero possibili rischi di uno stile di vita “fai da te”. L'alimentazione bilanciata è la via preferenziale per sostenere al meglio i programmi di allenamento e, contemporaneamente, tutelare la salute. Il tema è stato dibattuto anche a Nutrими, XII Forum di Nutrizione Pratica di Milano

Michelangelo Giampietro*, Erminia Ebner**

L'efficacia del movimento, in tutte le sue forme, nella promozione del benessere è riconosciuto dalle più importanti organizzazioni scientifiche che si occupano di salute. L'azione positiva dell'attività fisica nella prevenzione e nella terapia non si limita solo ad un mero aumento del dispendio energetico, ma coinvolge un complesso ben più ampio di benefici clinico-metabolici, psicologici, comportamentali.

La pratica regolare dello sport e del fitness, assieme all'attività fisica spontanea legata alle abitudini quotidiane, rappresenta l'elemento fondamentale di uno stile di vita sano, in grado di promuovere una buona capacità funzionale e di produrre effetti positivi sulla salute fisica e psicologica di ogni persona, senza distinzione di sesso e di età. È stato dimostrato che lo stile di vita sedentario è un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di patologie quali il sovrappeso e l'obesità e di molte altre malattie croniche. L'OMS indica, infatti, nell'esercizio fisico, praticato almeno un'ora al giorno, e nell'adozione di abitudini alimentari corrette, gli strumenti più efficaci per combattere le malattie croniche e degenerative.

Pertanto, il concetto dell'alimentazione corretta associata all'attività fisica fin dalla prima infanzia è ormai fortemente sostenuto e promosso da tutte le istituzioni che si occupano di salute pubblica.

Questo messaggio, rivolto alla popolazione in un'accezione assolutamente positiva, ha però portato con sé delle conseguenze potenzialmente pericolose, come la diffusione e la crescita di fenomeni tutt'altro che salutari sia per quanto riguarda l'aspetto nutrizionale che quello dell'attività fisica, soprattutto quando tali fenomeni nascono e si sviluppano seguendo modelli fai-da-te.

► Alimentazione per lo sportivo

Sul tema “alimentazione per lo sportivo”, ad esempio, vengono diffusi e proposti continuamente suggerimenti e schemi nutrizionali, a volte assai bizzarri e fantasiosi, mai basati su evidenze scientifiche. Al contrario, la realtà è che non esistono alimenti “magici” o diete “miracolose” che possano aiutare nel portare avanti un programma di allenamento, seppur amatoriale o semplicemente orientato al benessere. Solo una sana e adeguata alimentazione che sostenga l'aumento graduale del livello di attività fisica può contribuire a rendere l'organismo efficiente e in grado di svolgere al meglio l'esercizio fisico prescelto.

Le più autorevoli organizzazioni internazionali che si occupano di nutrizione e sport (American College of Sport Medicine, Academy of Nutrition and Dietetics e Dietitians of Canada) sottolineano che per gli atleti “la prestazione e la fase di recupero dopo l'esercizio sono favorite da strategie nutrizionali scelte con cura ed attenzione”.

La dieta dello sportivo deve, in primo luogo, tener conto delle caratteristiche fisiche individuali, degli specifici programmi di allenamento e dell'eventuale programmazione degli impegni agonistici e competitivi. Poi deve rispondere alle preferenze nutrizionali dell'atleta in modo da favorire il raggiungimento di un elevato benessere psicofisico, indispensabile per ottenere buoni risultati. La razione alimentare, da un punto di vista qualitativo, non si discosta in maniera sostanziale dall'adozione di abitudini alimentari ispirate ai semplici e salutari principi del “modello alimentare mediterraneo”. Questo, infatti, consente di coprire per intero i fabbisogni nutrizionali della quasi totalità degli sportivi, a prescindere dalla specifica disciplina sportiva praticata e dal livello individuale di prestazione atletica.

► Corretta informazione

Negli ultimi anni i comportamenti e le scelte alimentari degli sportivi sono stati indotti principalmente da un mercato sempre più incentrato su un eccessivo utilizzo di integratori e prodotti specifici. Messaggi accattivanti e testimonial carismatici hanno veicolato informazioni basate più su strategie di marketing che su una reale evidenza scientifica, creando grande confusione e disorientamento. In questo contesto, il consumatore impegnato in un'attività sportiva è spesso spinto erroneamente a pensare di non essere in grado di raggiungere i suoi obiettivi nutrizionali senza aggiun-

* Nutrizionista - Medico dello Sport, Asl Viterbo
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
“La Sapienza” Università di Roma
Docente presso la Scuola dello Sport C.O.N.I.

** Dietista - Docente presso la Scuola dello Sport C.O.N.I.

gere alla propria alimentazione prodotti specificamente formulati, quando, invece, un'alimentazione completa e bilanciata è la via preferenziale per sostenere al meglio i programmi di allenamento e tutelare la salute. Il traguardo della promozione della salute si raggiunge anche attraverso una corretta informazione: è necessario far conoscere quali siano gli integratori con razionale d'uso e le loro specifiche caratteristiche nutrizionali. In tal modo, è plausibile pensare che si ridurrà il ricorso eccessivo all'integrazione nutrizionale, preferendo una mirata e attenta scelta degli alimenti.

► Esempi pratici

Si auspica quindi che sarà l'integrazione del domani a diventare *home-made*: numerose preparazioni casalinghe corrispondono per caratteristiche ed efficacia a prodotti proposti per gli sportivi e hanno il vantaggio di integrarsi con un'alimentazione equilibrata, senza il rischio di sbilanciarla in eccesso o in difetto. Ad esempio, uno *sport drink* può essere preparato diluendo un bicchiere di succo di frutta con acqua fino ad un litro e l'aggiunta di un grammo di sale da cucina. Mentre la frutta essiccata (albicocche, fichi, uvetta, datteri, ecc) costituisce un ingrediente pratico per gli snack pre-allenamento poiché fonte di energia a rapido utilizzo. Questo alimento può rappresentare la "razione di attesa" da utilizzare tra due sedute di allenamento o due gare/partite/match consecutivi o una pratica scorta energetica da consumare nelle pause di gioco. Il miele, poi, è l'equivalente naturale dei gel di maltodestrine. Può essere consumato da solo oppure spalmato su pane tostato o fette biscottate. Per la praticità di uso, le bustine di miele sono spesso utilizzate nel corso di allenamenti e gare di lunga durata (maratona, ciclismo, sci di fondo). Alcuni studi dimostrano una correlazione tra l'assunzione di miele e la riduzione dello stato infiammatorio post-esercizio.

In sintesi, usare gli alimenti giusti al posto degli integratori protegge da tre potenziali pericoli per la salute:

- **abbandonare scelte alimentari corrette**, basate sul modello mediterraneo, l'unico scientificamente riconosciuto come prevenzione delle principali patologie CV e metaboliche;
- **eccedere nelle dosi**, facendo un uso inappropriato o smodato degli integratori o utilizzare prodotti contaminati da ingredienti tossici e/o vietati;
- **confidare, piuttosto che sulle proprie capacità, unicamente sull'aiuto di un "supporto esterno"** per migliorare la prestazione sportiva e per raggiungere obiettivi di successo, con il rischio di cadere facilmente nell'abuso di sostanze dannose per l'organismo.

► Programmi mutuati dal web

Negli ultimi anni, di pari passo con la diffusione di diete fai-da-te, si è registrato anche una sempre maggiore adozione da parte dei *fitness addicted* di programmi di allenamento mutuati dal web o auto-elaborati mediante l'utilizzo delle nuove tecnologie. Nell'ultimo numero del 2017 dell'*ACSM's Health & Fitness Journal*, dell'American College of Sports Medicine, sono stati pubblicati i risultati di una vasta indagine condotta su oltre 4.000 operatori del campo fitness e salute in più di 40 Paesi in tutto il mondo, Italia compresa. Scopo dell'indagine, cui hanno partecipato tra gli altri *personal trainers*, medici sportivi, direttori di centri fitness, insegnanti e studenti, era individuare i *top trend* per l'attività fisica del nuovo anno, confrontandoli con quelli degli anni precedenti. La classifica 2018 dopo le prime due posizioni, occupate rispettivamente dall'HIIT (High-intensity interval training) e dall'allenamento di gruppo, vede salire prepotentemente al terzo posto i programmi di esercizio fisico che prevedono l'utilizzo di tecnologia "in-

dossabile" ("*wearable*") e al quarto l'allenamento a corpo libero. Queste due nuove tendenze sono la fotografia della moda attuale in tema di attività fisica fai-da-te per uno stile di vita sano.

In particolare, lo sviluppo e la diffusione di *tracker* dell'attività fisica, dai più classici cardiofrequenzimetri o analoghi, posti ormai comodamente in un braccialetto o in una fascia da indossare, ai più sofisticati *smartwatch* con applicazioni dedicate e personalizzabili, fino alla nuova frontiera delle scarpette e degli indumenti smart ed interattivi, ha notevolmente contribuito all'avvicinamento di un numero sempre maggiore di persone al mondo del fitness. Se da una parte va quindi valutato ed apprezzato questo nuovo ed accresciuto impegno nell'attività fisica in un'ottica di salute e benessere, dall'altra non si può non considerare che queste tendenze, accompagnate e supportate dalle nuove tecnologie, possano veicolare l'erroneo messaggio che qualsiasi tipo di allenamento, indipendentemente dal tipo, dall'intensità e dalle proprie condizioni di efficienza fisica possa essere svolto agevolmente e senza l'aiuto di personale qualificato. Questa considerazione vale ancora di più per la categoria degli esercizi che utilizzano il nostro peso corporeo come strumento di allenamento per il potenziamento muscolare. La possibilità di praticarli ovunque e generalmente senza bisogno di particolari attrezzature è alla base della sua crescente popolarità, anche in questo caso da considerarsi un dato incoraggiante, ma espone maggiormente al potenziale rischio di affidarsi ad estremizzazioni di programmi o ai *workout* proposti dall'*influencer* del momento (es. *insanity program*, *bikini body guide*...), che si diffondono sul web tramite il passaparola tra i praticanti e che non devono essere invece mai seguiti senza una personalizzazione e soprattutto l'ausilio di una guida esperta, con il rischio altrimenti di arrecare gravi conseguenze alla propria salute.

Ascesso retroperitoneale, raro ma temibile

La diagnosi di ascesso retroperitoneale è difficoltosa e può essere tardiva con il rischio di sepsi ingravescente. Le infezioni renali sono tra le cause, ma le metodiche di imaging permettono di identificare patologie neoplastiche molto più frequenti nella pratica clinica rispetto all'ascesso stesso

Nicola di Pierno - Medico di medicina generale - Patologo clinico, Lucera, USL FG/03

L'ascesso retroperitoneale (AR) viene considerato un ascesso endoaddominale associato ad una elevata mortalità (30-50% dei casi). Si presenta come un raccolta di pus nello spazio retroperitoneale e allorché è molto diffuso in tale spazio può assumere il carattere di flemmone. Si tratta di una grave complicanza di processi patologici a carico di organi localizzati nello spazio retroperitoneale o strettamente contigui a questo.

Nello spazio retroperitoneale colmato da tessuto fibro-adiposo lasso sono contenuti reni, pancreas, aorta addominale, vena cava inferiore. Inoltre la parete posteriore del colon ascendente e discendente è accollata a tale spazio tramite il peritoneo parietale posteriore, idem cieco con appendice, il duodeno (seconda, terza e quarta parte) è anche accollato allo spazio retroperitoneale tramite il peritoneo parietale posteriore.

► Diagnosi iniziale

La diagnosi iniziale è difficile e può essere tardiva oppure lo stesso ascesso resta misconosciuto o anche se diagnosticato non viene curato adeguatamente, con il rischio che il paziente subisca una sepsi ingravescente fino allo shock settico mortale. Una serie di cause giustificano la gravità e la rapidità evolutiva di un tal

tipo di ascesso intraddominale. In primo luogo le infezioni purulente che coinvolgono gli organi contenuti o contigui allo spazio retroperitoneale non vengono ben circoscritte dal tessuto fibroadiposo lasso che colma la cavità retroperitoneale; per cui è facilitata in maggiore misura la diffusione del focolaio ascessuale nello stesso spazio retroperitoneale.

La ricchezza di adipociti del tessuto fibro-adiposo rappresenta poi un ottimo terreno di coltura per la crescita di germi che hanno indotto la flogosi purulenta. Infine i sintomi e segni dell'ascesso retroperitoneale all'esordio e nella fase di stato sono aspecifici e poco orientativi. Bisogna tuttavia tenere conto della semeiotica clinica delle varie patologie che precedono e inducono la formazione dell'ascesso, nonché i dati di laboratorio e quelli strumentali che indicano l'esistenza di tali patologie.

Molto importanti per la diagnosi urgente si sono rivelati i metodi di imaging, in primis la TAC addome-pelvi che è considerata il metodo più affidabile e con la quale è possibile anche effettuare un drenaggio percutaneo dell'ascesso retroperitoneale quando vi sia collaborazione tra chirurgo o radiologo o per opera di un radiologo interventista. L'ecografia è meno affidabile nel visualizzare un ascesso retroperitoneale come altri tipi di ascessi en-

doaddominali a causa del frequente meteorismo, anche se in mani esperte può consentire il drenaggio di questo tipo di ascessi e di altri ascessi endoaddominali.

► Cause di ascesso retroperitoneale

Tra le cause più frequenti di ascessi retroperitoneali figurano le infezioni renali e infezioni post-operatorie del tessuto lasso fibro-adiposo retroperitoneale; le infezioni renali in causa sono gravi trattandosi di ascessi perirenali postumi di pielonefriti acute. Altre cause alla base dell'ascesso retroperitoneale sono riportate in *tabella 1*. È stato anche documentato come l'evoluzione dipenda anche dalla sede in cui si estrinseca, un ascesso che segue il muscolo psoas può fistolizzare in sede inguinale o crurale dallo stesso lato, più raramente in senso controlaterale.

► Clinica

L'esordio clinico dell'AR è povero di indizi ai fini della diagnosi, il quadro clinico è poco specifico. Il paziente lamenta dolori addominali diffusi, anoressia, turbe dispeptiche e l'esame fisico dell'addome mostra solo una dolorabilità diffusa. Più importanti per un primo orientamento diagnostico sono i segni sistemici legati alla sepsi iniziale associata alla formazio-

Tabella 1

Cause di ascesso retroperitoneali

- Infezioni renali (ascessi perirenali)
- Infezioni post-operatorie
- Ematomi post-traumatici in sede pelvica
- Diverticoliti acute gravi perforate del colon posteriore
- Diverticoliti acute gravi perforate del duodeno
- Ascessi ossei vertebrali da TBC ossea
- Colecistiti acute
- Appendicite acuta perforata
- Carcinoma perforato del colon
- Ascesso ischio rettale

ne della raccolta ascessuale (febbre, leucocitosi, aumento della VES).

Tra le cause più frequenti di ascesso retroperitoneale figura l'ascesso pelvico retrocecale che consegue ad una appendicite acuta perforata disposta in sede retrocecale. Tale ascesso può farsi strada in basso verso il cieco o posteriormente seguendo la guaina del muscolo psoas oppure diffondere nel retroperitoneo. L'ascesso retrocecale si manifesta con dolore intenso in fossa iliaca destra e reazione di difesa muscolare. La diffusione alla guaina dello psoas per contiguità comporta dolori in fossa iliaca sinistra, in sede inguinale e al fianco, febbre incostante come leucocitosi. Un altro dato obiettivo è il possibile dolore all'elevazione ed estensione della gamba e in flessione della gamba in posizione supina, talora difficoltà a deambulare.

► Diagnosi differenziale

L'introduzione dei più recenti metodi di imaging ha permesso di definire una serie numerosa di patologie neoplastiche dello spazio retroperitoneale molto più frequenti nella pratica clinica rispetto all'ascesso retroperi-

toneale. Quanto a caratteri clinici iniziali e sintomi sistemici tali neoplasie possono mimare un ascesso retroperitoneale. Le varie neoplasie del retroperitoneo si manifestano all'esordio con dolori saltuari di tipo gravativo fino ad accessi dolorosi acuti, continui e con carattere terebrante. Possono esservi anche sintomi urinari (lombosciatalgie, pollachiuria, disuria, paresi tardive, segni di stasi venosa); concomitano sintomi generali (febbre irregolare, perdita di peso, fatigue). Per quanto riguarda il tipo di tumori questi si annoverano lipomi, liposarcomi, lipomiosarcomi, fibromi, fibrosarcomi, mixomi; tumori muscolari (leiomiomi, leiomiomasarcomi, rhabdomyosarcomi). Inoltre tumori neuroectodermici e tumori vascolari (linfangiomi, emangiomi, emangiosarcomi, emangiopericitomi). Infine linfomi e teratomi, cisti wolffiane derivate da residui dei doti di Wolff, cordomi (derivati da residui della notocorda con sede nel retroperitoneo più caudale) che producono rapidamente metastasi e recidive o solo recidive. Altra patologia frequente è la fibrosi retroperitoneale idiopatica, una patologia grave dovuta ad un processo infiammatorio ad evoluzione fibrotica di ignota causa, che comprime e incarcera entrambi gli ureteri con ostruzione ureterale bilaterale e insufficienza renale progressiva. Talora vi è coinvolgimento di vasi, del duodeno, delle vie biliari con angiocolite e ittero, ecc.

► Terapia

La cura di un ascesso retroperitoneale si fonda su una serie di presidi combinati medici e chirurgici. In primo luogo dovrà essere eseguito un drenaggio dell'ascesso per via percutanea TAC o eco-guidato con specifico catetere che raggiunga la

formazione ascessuale. Nei casi di insuccesso o di rischio o inattuabile si opta per l'intervento chirurgico con incisione laterale per raccolte ascessuali confinate al retroperitoneo e con incisione presacrale per raccolte ascessuali in sede pelvica. Tali approcci risultano più efficaci rispetto alla via transperitoneale.

L'antibioticoterapia ad ampio spettro dovrebbe essere guidata dalla emocoltura e dall'esame colturale del pus prelevato come pure dai dati clinici. Una terapia antibiotica empirica ragionata è tuttavia necessaria immediatamente per frenare tale temibile infezione e contrastare lo stato settico. Potranno essere somministrati per due settimane dosi elevate di antibiotici ad ampio spettro ev, attivi su germi aerobi ed anaerobi (tabella 2). In casi di sepsi grave è fondamentale il ricovero in unità di rianimazione per il sostegno delle funzioni vitali fino a quando questo sia possibile. Insieme o dopo la risoluzione dell'ascesso altri tipi di interventi dovranno essere decisi caso per caso dal chirurgo operatore.

Tabella 2

Antibioticoterapia negli ascessi endoaddominali

Contratti in comunità

- Cefalosporine di terza generazione associate a metronidazolo
- Piperacillina-tazobactam
- Ticarcillina-acido clavulanico
- Ampicillina-sulbactam
- Imipenem

Contratti in ambiente nosocomiale

- Imipenem con o senza aminoglicoside
- Piperacillina + metronidazolo + aminoglicoside

Bibliografia disponibile a richiesta

Esposizione a campi elettromagnetici e salute della popolazione

Vi è sempre maggior preoccupazione sui possibili effetti negativi dell'esposizione ai campi elettromagnetici sulla salute. L'articolo che segue è una sintesi di un approfondimento sul tema diffuso da ISDE - Associazione Italiana Medici per l'Ambiente

Maria Grazia Petronio - *Membro della Giunta Esecutiva Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia*

Lo sviluppo tecnologico della società ha comportato, negli ultimi anni, un aumento esponenziale delle sorgenti dei campi elettromagnetici (CEM). Il trasporto dell'energia elettrica e il suo utilizzo attraverso elettrodomestici, computer e macchinari industriali, le trasmissioni radiotelevisive, l'utilizzo di telefoni cellulari e l'uso di internet wireless hanno reso ubiquitaria l'esposizione della popolazione a svariate tipologie di campi elettromagnetici. Parallelamente, se da una parte l'avanzamento tecnologico ha agevolato la vita quotidiana delle persone, dall'altra si è fatta sempre più sentita nella comunità scientifica la preoccupazione circa i possibili effetti dell'esposizione a lungo termine sulla salute umana, soprattutto per quanto riguarda i soggetti più sensibili agli inquinanti ambientali.

Negli ultimi decenni sono stati effettuati numerosi studi epidemiologici con esiti contrastanti, ma giudicati sufficientemente attendibili per determinare l'inclusione dei campi magnetici sia a bassa sia ad alta frequenza nel gruppo dei possibili cancerogeni (2B) da parte dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC). Inoltre la diffusione a livello planetario dell'uso di telefoni mobili ha sollevato preoccupazioni riguardo ai possibili rischi per la salute legati ai campi elettromagnetici ad alta frequenza (CEM-AF) da questi generati, soprattutto in relazione all'insorgenza di tumori cerebrali.

magnetici ad alta frequenza (CEM-AF) da questi generati, soprattutto in relazione all'insorgenza di tumori cerebrali.

► Effetti biologici delle radiazioni non ionizzanti

Gli effetti biologici dei CEM-AF dipendono dall'intensità, dalla quantità di energia assorbita dal tessuto od organo irradiato (Specific Adsorption Rate, SAR, quantità di energia che viene assorbita nell'unità di tempo per unità di massa corporea misurato in W/kg), dalla frequenza della radiazione, dalle modalità e dal tempo di esposizione. Tali effetti si suddividono in:

- effetti termici che sono dovuti alla conversione di parte dell'energia della radiazione non ionizzante in calore con conseguente innalzamento della temperatura corporea. Si ritiene che l'aumento di temperatura nei tessuti più esposti alle onde elettromagnetiche ad alta frequenza da telefoni mobili sia di modesta entità; dunque gli effetti lesivi tenderanno a manifestarsi nei tessuti più sensibili al calore come cristallino e gonadi maschili, soprattutto per esposizioni a frequenze molto elevate e per tempi prolungati (come nelle esposizioni occupazionali);
- effetti non termici che, invece, non sono riconducibili all'innalzamento della temperatura. Si ritiene che possano

essere indotti dall'esposizione a RF di intensità inferiori rispetto a quelle che provocano effetti termici. Esiste tuttavia dibattito in letteratura circa la reale consistenza di questi effetti legati all'esposizione alle RF nelle normali condizioni d'impiego. I principali effetti descritti di questo tipo sono alterazioni nella trascrizione del DNA e altri effetti epigenetici, alterazione della permeabilità della barriera emato-encefalica, induzione di *heat shock protein* (Hsp) e di apoptosi, riduzione della sintesi di melatonina e stress ossidativo. Ogni dispositivo mobile ha un SAR caratteristico, che deve essere reso noto dalla casa produttrice. A fronte di un limite massimo di 2 W/kg (limite suggerito dall'ICNIRP per esposizione di testa e tronco), i cellulari, specie i più recenti, possono arrivare a livelli di oltre 1.5 W/kg.

► Esposizione residenziale

Gli studi che hanno indagato l'esposizione residenziale in prossimità di impianti di trasmissione radiotelevisiva sono poco numerosi e presentano debolezze metodologiche, soprattutto nella quantificazione dell'esposizione, tanto che a oggi non consentono di affermare con certezza che tali esposizioni causino malattie neoplastiche né forniscono evidenze del contrario.

► Esposizione a telefoni mobili

Numerosi studi caso-controllo e metanalisi hanno evidenziato incrementi di rischio statisticamente significativi e consistenti in particolare per astrocitomi e neurinomi del nervo acustico dopo 10 anni o più di latenza o di uso continuato di cellulari analogici e digitali. Un'analisi pubblicata dal gruppo di Hardell (2011) evidenzia un rischio aumentato per coloro che hanno iniziato a usare telefoni cellulari prima dei 20 anni.

Sulla base dell'esigenza di chiarire la presenza dell'associazione tra uso di telefoni mobili e incidenza di tumori negli organi e tessuti più vicini alla sorgente di esposizione, la IARC ha intrapreso nel 2000 un grande progetto internazionale (Interphone Study): una serie di studi caso-controllo condotti in 13 Paesi nel mondo secondo un protocollo comune. La pubblicazione più recente del gruppo Interphone riporta i risultati dello studio che evidenziano:

1. una riduzione del rischio di glioma e meningioma negli utilizzatori regolari di cellulare (gli stessi autori affermano che questo è un errore dovuto a limiti metodologici);
2. nessun eccesso di rischio per le stesse patologie dopo 10 anni di utilizzo;

3. un eccesso di rischio per gliomi e meningiomi dopo 10 anni d'uso negli utilizzatori "pesanti".

Gli stessi autori riferiscono che i soggetti indagati erano per lo più scarsi utilizzatori di telefoni mobili in confronto agli standard odierni; nello studio, infatti, venivano considerati "utilizzatori pesanti" coloro i quali usavano il telefono per una media di mezz'ora al giorno, un tempo d'uso oggi superato da molti. Nelle conclusioni si legge che il cambiamento del profilo di utilizzo soprattutto dei giovani rende necessarie ulteriori valutazioni in proposito.

Dopo aver esaminato e valutato la letteratura scientifica disponibile, inclusi i risultati dello studio Interphone, il Gruppo di Lavoro della IARC ha classificato i campi elettromagnetici a radiofrequenza come "possibilmente cancerogeni per l'uomo" (2B) in relazione all'insorgenza di glioma.

► Elettrosensibilità

Recenti evidenze riportano che in alcuni dei soggetti che lamentano disturbi a seguito dell'esposizione a radiazioni elettromagnetiche (elettrosensibilità) sono oggettivamente diverse alterazioni fisiologiche e molti autori riconoscono che l'ipersensibilità è una sindrome debilitante che interes-

sa un numero sempre maggiore di persone nel mondo. Vari ricercatori richiamano l'attenzione sulla necessità di informare e formare i medici affinché possano rappresentare un punto di riferimento per questi soggetti al fine di aiutarli a migliorare le loro condizioni di salute.

► Incidenti stradali

Un'altra relazione importante è quella tra uso del telefono in automobile e rischio di incidenti stradali. È stato riportato un aumento fino a 4 volte del rischio, legato non solo all'impedimento fisico, ma anche alla distrazione.

► Utilizzo di impianti alternativi al Wi-Fi

Benché non siano disponibili evidenze scientifiche circa gli eventuali effetti sulla salute è auspicabile l'adozione di un comportamento cautelativo volto a evitare ed a minimizzare laddove in atto l'esposizione della popolazione e soprattutto dei bambini a campi elettromagnetici ad alta frequenza.

È opportuno, dunque, adottare dispositivi di accesso a internet alternativi al Wi-Fi negli istituti scolastici, nelle biblioteche e in tutti gli altri luoghi nei quali è elevato il numero di utenti specialmente se questi sono bambini. È necessario, altresì, garantire sempre delle aree free per consentire anche alle persone affette da elettrosensibilità di poter accedere agli spazi pubblici.

Laddove siano installati sistemi di accesso a Internet è bene cercare di posizionarli il più lontano possibile dalla postazione di lavoro per minimizzare l'esposizione dell'utente.

Raccomandazioni per il corretto uso dei telefoni mobili

- Non fare utilizzare i TM ai bambini sotto i 12 anni di età (se non in situazioni di emergenza) anche per scoraggiare eventuali condotte di dipendenza e abuso
- Restare a più di 1 metro di distanza da una persona che sta parlando al cellulare
- Utilizzare sempre l'auricolare, meglio ancora il vivavoce
- Non tenere il telefono sul corpo (anche se non in conversazione)
- Fare attenzione a rivolgere verso l'esterno il lato dell'apparecchiatura con l'antenna
- Utilizzare il cellulare per conversazioni brevi. Per telefonate più lunghe servirsi di apparecchi fissi
- Comunicare preferenzialmente via sms
- Evitare di usare il cellulare in zone dove il segnale è debole oppure quando ci si sposta velocemente tra "celle" diverse (come in auto o in treno)
- Scegliere apparecchiature che hanno il tasso di assorbimento specifico di energia (SAR) più basso
- Alla guida, non utilizzare il cellulare neppure con i dispositivi "a mani libere" (vivavoce, auricolari). Se è necessario chiamare, fermarsi in una zona sicura

Per prendere visione del documento integrale inviare una email a isde@isde.it

Benefici del tango nel Parkinson

Negli ultimi anni il tango ha acquisito un ruolo tra gli strumenti a disposizione dei medici nella progettazione dei trattamenti riabilitativi dedicati alla malattia di Parkinson

Alessandro Mauro*, **Giovanni Albani****

Il tango rappresenta un approccio complementare ai trattamenti più tradizionali (farmacologici, fisioterapici, psicologici, ecc): si è dimostrato capace di contribuire non solo al mantenimento-miglioramento di aspetti motori, ma anche al superamento dell'apatia, alla promozione della socializzazione e al miglioramento del benessere globale delle persone affette dalla malattia di Parkinson (MdP). La reale efficacia della riabilitazione nella malattia di Parkinson è stata oggetto di incertezza nei decenni scorsi. Recentemente è apparso chiaro che imparare delle strategie compensatorie poteva aiutare a superare le difficoltà di programmazione ed esecuzione dei movimenti che caratterizzano la malattia. Il controllo motorio può essere favorito da diversi tipi di stimoli esterni (ritmici, visivi o acustici) che diano l'avvio e una cadenza al movimento che ha difficoltà ad essere iniziato ed eseguito alla velocità voluta. In questo contesto è stato evidenziato anche il ruolo delle emozioni nell'influenzare il controllo motorio, così come l'importanza di strategie riabilitative indirizzate a promuovere la capacità del soggetto malato di porre attivamente attenzione al controllo dei suoi propri movimenti. Questi concetti si sono sposati bene con l'attenzione rivolta

all'attività fisica come promotrice di benessere anche per persone con disabilità motorie e cognitive, aprendo quindi la porta a diversi approcci non convenzionali per la MdP, che coniugano efficacemente gli effetti dell'attività fisica con l'apprendimento di strategie di controllo motorio e con il piacere delle attività divertenti praticate in gruppo.

Il tango è un ottimo esempio: la musica (che determina in molti un significativo coinvolgimento emotivo) genera uno stimolo uditivo ritmico, i movimenti del partner sono un riferimento visivo continuo per guidare i propri movimenti, il controllo dei movimenti è indispensabile per eseguire i passi imparati, la valenza estetica del movimento è un ulteriore stimolo per porre attenzione a come i movimenti vengono eseguiti.

► **Tango e cervello: una relazione straordinaria**

Una delle possibili spiegazioni per cui il tango è in grado di migliorare le strategie di controllo motorio e posturale nella MdP è insita nell'attivazione di una regione del lobo frontale del cervello (area supplementare motoria) dedicata alla programmazione del movimento. La persona infatti, mentre balla il tango, deve progettare i movimenti "immaginando" il risultato ottenuto, in modo tale da adattarli al ritmo della musica e ai movimenti del partner e mantenendoli all'interno dei canoni previsti. La possibilità di ottenere un miglioramento delle prestazioni motorie in un ambien-

te associato al divertimento e allo svago e non in contesti tradizionalmente sanitari (associati alla sofferenza) è uno dei motivi principali del successo di questi approcci riabilitativi complementari, del tango in particolare.

Un aspetto importante è che, per essere efficaci, questi approcci devono prevedere l'insegnamento. La difficoltà (non impossibilità) a inserire in ambiente sanitario dei corsi strutturati per gruppi di persone con MdP ha fatto sì che iniziative di questo tipo siano state messe in atto soprattutto da associazioni di pazienti che però devono affrontare problemi non piccoli per garantire la correttezza e la qualità degli interventi proposti, nonché per superare gli ostacoli posti dalla disabilità delle persone che vi vogliono partecipare. Un'ulteriore necessità è garantire la continuità nel tempo degli interventi proposti. Una soluzione potrebbe consistere nella realizzazione di strumenti e protocolli che permettano l'esecuzione in ambiente domestico, ma in modo controllato, di esercizi simili al tango, in un contesto di telemedicina. L'esecuzione di queste attività a casa non dovrebbe essere intesa come esclusiva ma come strumento per mantenere la continuità del progetto di trattamento. Negli ultimi anni, il nostro gruppo ha focalizzato i propri sforzi alla realizzazione di una piattaforma di telemedicina capace di monitorizzare i sintomi della MdP e, contemporaneamente, proporre - al domicilio dei pazienti - esercizi riabilitativi anche derivati dal tango.

* Direttore U.O. Neurologia e Neuroriabilitazione
Auxologico Piancavallo - Direttore Centro Medicina
del Sonno - Direttore Laboratorio Sperimentale
di Ricerche di Neurobiologia Clinica

** U.O. Neurologia e Neuroriabilitazione
Auxologico Piancavallo (VB)

I numeri della sorveglianza Passi

Diffuso il rischio cardiovascolare, un problema “pesante” è l'eccesso ponderale, più della metà dei diabetici non controlla periodicamente l'emoglobina glicata. Sono alcuni dati aggiornati del Sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

Il Sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è giunto quest'anno alla 10ª rilevazione annuale. Passi si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana (18-69 anni), sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi alle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento per la loro prevenzione. Sul sito web dedicato a Passi del portale di EpiCentro sono disponibili i risultati aggiornati del 2017 (www.epicentro.iss.it/passi). I temi indagati sono fumo, inattività fisica, eccesso ponderale, consumo di alcol, dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare (CV), l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezze per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute. Di seguito riportiamo alcuni risultati che potrebbero essere oggetto di riflessione.

► Rischio cardiovascolare

Nel quadriennio 2014-2017 Passi rileva che su 10 intervistati 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 2 di ipercolesterolemia, 3 sono sedentari, 3 fumatori, 4 risultano in eccesso pondera-

le ($Imc \geq 25$) e quasi nessuno consuma 5 porzioni di frutta e verdura/die. Quasi il 5% riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio CV e meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio CV noto.

• *Iperensione*

Più di 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato la PA nei due anni precedenti l'intervista. Circa l'80% degli ipertesi dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la PA. I residenti nelle Regioni meridionali meno frequentemente misurano la PA.

• *Ipercolesterolemia*

Circa 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia e tra questi poco più di 1/5 ha ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia. Circa 1/3 degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte (media 80%) ha ricevuto consigli sullo stile di vita. Il controllo della colesterolemia non segue un chiaro gradiente geografico, ma le Regioni del Sud insieme a quelle del Nord sono le aree territoriali con le percentuali più basse di persone che riferiscono di aver misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita.

• *Carta del rischio CV*

La carta del rischio è poco utilizzata: meno del 5% degli intervistati tra i

35 e i 69 anni, senza patologie CV, ha riportato la misurazione del rischio CV mediante carta o punteggio individuale, con valori mediamente più alti nelle Regioni del Sud Italia.

► Diabete

Poco più del 60% dei diabetici ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi (36% negli ultimi 4 mesi); 1 persona su 4 non lo conosce o non ne conosce il significato. L'85% dei diabetici dichiara di essere sotto trattamento farmacologico, la gran parte (80%) con ipoglicemizzanti orali.

► Eccesso ponderale

Circa 4 adulti su 10 sono in eccesso ponderale: 3 in sovrappeso (Imc 25-29.9) e 1 obeso ($Imc \geq 30$). L'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e con un basso livello di istruzione. Il gradiente geografico è chiaro: la Campania continua a detenere il primato per quota più alta di persone in eccesso ponderale (più della metà). Seguono, Molise, Sicilia, Calabria con valori non molto distanti. La quota di persone in sovrappeso non si modifica, mentre l'obesità aumenta ovunque, in particolare nel Sud Italia, con l'eccezione tuttavia del Centro Italia, in cui si registra una riduzione.