

M.D.

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

Anno XXVI, numero 5 - giugno-luglio 2019

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

PROSPETTIVE 6

La sanità che verrà ha bisogno di più medici di medicina generale e meglio pagati

TRIBUNA 10

Morituri te salutant: i Mmg novelli gladiatori senza via d'uscita

DIAGNOSTICA 29

Febbre di origine ignota: un approccio diagnostico multidisciplinare



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



Nicola Di Lorenzo

Medico di Medicina Generale, Marcallo con Casone (MI)

**La condivisione dei dati sanitari
e il medico resiliente**

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**
La condivisione dei dati sanitari e il medico resiliente 5
- **Prospettive**
La sanità che verrà ha bisogno di più medici di medicina generale e meglio pagati 6
- **Focus on**
Il Ssn cade a pezzi mentre si avvia verso la privatizzazione 8
- **Tribuna**
Morituri te salutant: i Mmg novelli gladiatori senza via d'uscita 10
- **Indagine**
La professione sotto attacco: un medico su due ha subito aggressioni 12
- **Italia sanità**
Cronicità e non autosufficienza i mali del Bel Paese 13
- **Professione**
Gestione farmaci: Ema sigla accordo con la Medicina Generale 14
- **Confronti**
Il bello di essere medico (uomo) negli Stati Uniti 15
- **Riflessioni**
Intelligenza artificiale e medicina: è utile la strategia dello struzzo? 18

AGGIORNAMENTI

- **Allergologia**
Le relazioni tra rinite allergica e disturbi del sonno 22
- **Cardiologia**
Progressi e criticità nella sindrome coronarica acuta 23
- **Infettivologia**
Incremento delle infezioni sessualmente trasmesse 24
- **Medicina fisica e riabilitativa**
Attività motoria nella malattia di Parkinson 25
- **Psichiatria**
Milano Psichiatria 2019: un congresso, tanti congressi 26
- **Scienza dell'alimentazione**
Alimentazione controllata e infiammazione: le innovazioni 28

CLINICA E TERAPIA

- **Diagnostica**
Febbre di origine ignota: un approccio diagnostico multidisciplinare 29
- **Rassegna**
Nutraceutici e dislipidemie 32
- **Prevenzione**
Medicina predittiva e valutazione dei sintomi "somatici funzionali" 34
- **Farmacologia**
Dottore, prima o dopo i pasti? 37
- **Clinica**
Disfunzione tiroidea nell'anziano 38
- **Ricerca**
Medicina di genere in pneumologia 39
- **Metodologia**
Migliorare la compliance con il Teach Back Method 40
- **Counselling**
Cosa ci si aspetta dalla relazione terapeutica 42
- **Congressi**
Donazioni e trapianti sicuri? Serve l'aiuto del medico di famiglia 46

La condivisione dei dati sanitari e il medico resiliente

La fiducia è una cosa seria e diventa ancor più seria se è il fondamento di una professione come quella del medico di medicina generale. Un precetto inviolabile per il dottor **Nicola Di Lorenzo**, medico di famiglia di Marcallo con Casone che si è visto revocare la convenzione dalla Regione Lombardia per aver detto no all'obbligo di condivisione dei dati clinici e sanitari dei propri assistiti attraverso il sistema informatico Siss, come declinato dall'Accordo integrativo regionale (Air). Una vera e propria obiezione di "coscienza informatica" in nome della sicurezza e del rispetto della privacy dei propri pazienti. Se qualcuno lo avesse dimenticato, il Giuramento di Ippocrate e il Codice deontologico (art. 10-11-12) vincola i medici al segreto professionale, alla riservatezza dei dati sensibili. Ma l'Acn, gli accordi regionali e quelli aziendali, sottoscritti dai rappresentanti di categoria, sembrano aver preso alla leggera queste indicazioni forse contando un po' troppo sulle "magnifiche sorti e progressive" di leopardiana memoria dello sviluppo tecnologico e informatico. Nicola Di Lorenzo non ha assolutamente nulla contro questo progresso, anzi, come ha testimoniato nella intervista rilasciata a *M.D. Medicinae Doctor* è stato un entusiasta delle possibilità date dall'informatica al lavoro dei Mmg e tra i primi a utilizzare un *personal computer* in studio. Ma qui la questione è un'altra, è non avere più il controllo del trattamento dei dati dei propri assistiti una volta inseriti nel sistema Siss. "Non potendo individuare tutte le figure che trattano i dati dei pazienti, nel percorso del Siss - ha dichiarato Di Lorenzo - rivendico per loro una sorta di 'diritto di recesso' dal sistema, cioè che i dati, una volta raccolti in entrata, possano essere cancellati su espressa indicazione del paziente, ed escano dal sistema. Invece, col sistema attuale, ciò non è possibile e il paziente ne perde la titolarità". Di Lorenzo ha spiegato i perché della sua scelta ai suoi ex assistiti che subito dopo la revoca della convenzione hanno dato vita al "*Comitato Ippocrate: medici, cittadini e tutela dei dati sanitari*" il cui scopo nell'immediato è il reintegro del dottor Di Lorenzo nelle sue funzioni di Mmg a Marcallo. Il caso del dottor Di Lorenzo è stato ampiamente dibattuto durante il recente convegno promosso dall'OMCeO di Torino: "*La Medicina tra Ippocrate ed il governo telematico: contrasto o collaborazione*"? Convegno in cui sono state sviscerate potenzialità e limiti dell'attuale sistema sanitario digitale con un occhio particolare alla sicurezza di questi sistemi e sul ruolo dei Mmg nella condivisione dei dati sanitari dei propri assistiti. (A.S.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Nicola Di Lorenzo e quello dei rappresentanti dell'Associazione Ippocrate

La sanità che verrà ha bisogno di più medici di medicina generale e meglio pagati

A sottolinearlo è la relazione dell'Ocse al G7 dei Ministri della Salute, svoltosi di recente a Parigi, in cui si precisa che le sfide epocali che la sanità dovrà affrontare si possono superare solo attraverso il potenziamento e la promozione dei team di cure primarie. Per Fimmg il documento dell'Ocse riassume tutte le sfide che da anni il sindacato ha lanciato alle istituzioni per il rilancio del Ssn

Potenziare e promuovere i team di cure primarie e la *chance* per poter rispondere adeguatamente alle sfide epocali che dovranno affrontare in futuro i sistemi sanitari.

A sottolineare ciò è la relazione dell'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) al G7 dei Ministri della Salute, svoltosi di recente a Parigi. A detta dell'Ocse il successo delle politiche per rafforzare l'assistenza sanitaria di base dipende dalle giuste risorse e dalla buona organizzazione in grado di fornire assistenza di alta qualità e accessibile alle persone. Una buona assistenza sanitaria di base, quindi, porterebbe a migliorare la salute, l'accesso finanziario alle cure e l'*empowerment* delle persone e ridurrebbe così le disuguaglianze sanitarie, portando i sistemi sanitari a una maggiore efficienza.

“La relazione dell'Ocse al G7 dei ministri della salute riassume puntualmente tutte le sfide che da anni abbiamo lanciato alle istituzioni per il rilancio del Ssn attraverso la valorizzazione del ruolo della Medicina Generale - ha dichiarato **Silvestro Scotti**, segretario nazionale della Fimmg - a partire dall'incremento delle risorse per il finanziamento dei *team* multiprofessionali in cui il medico di medicina generale riorganizza le attività assistenziali con l'aiuto del proprio personale infermieristico e amministrativo, oggi possibile in una percentuale di casi ridicola, e in cui

possa essere prevedibile anche l'integrazione con diverse figure di supporto per la riabilitazione e l'assistenza sociale”.

“È significativo - continua Scotti - che l'Ocse non solo metta in rilievo l'importanza del *pay for performance* come meccanismo di remunerazione più adeguato nei sistemi sanitari in grado di misurare i risultati dei percorsi di salute, ma ritenga fondamentale la capillarità dell'assistenza territoriale e lo sviluppo delle reti informatiche: tre aspetti che insieme possono essere riassunti nell'introduzione, nella prossima Convenzione, di aggregazioni funzionali, in un modello organizzativo che deve mantenersi equo, diffuso e di qualità anche a fronte della citata diminuzione del numero di medici. Le premesse a tutto questo sono già presenti negli atti legislativi e sul tavolo delle trattative, ma rischiano di restare lettera morta in assenza di nuovi investimenti che, come da nostre proposte, devono trovare fonti di finanziamento nella riduzione dell'I-VA al 4% per l'acquisto di strumentazioni diagnostiche da parte della medicina di famiglia e nel creare, attraverso una formazione specifica per collaboratori di studio medico, decine di migliaia di posti di lavoro qualificati per gli aventi diritto al reddito di cittadinanza, con conseguente miglioramento della qualità dell'assistenza ai cittadini e vantaggi fiscali per i medici medicina generale nella loro qualità di datori di lavoro”.

Come potenziare l'assistenza primaria: i suggerimenti dell'Ocse

Il successo delle politiche per rafforzare l'assistenza sanitaria di base, secondo l'Ocse, dipende, infatti, dalle giuste risorse e dalla buona organizzazione in grado di fornire assistenza di alta qualità e accessibile alle persone. Una buona assistenza sanitaria di base, quindi, porterebbe a migliorare la salute, l'accesso finanziario alle cure e l'*empowerment* delle persone e ridurrebbe così le disuguaglianze sanitarie, portando i sistemi sanitari a una maggiore efficienza.

1 Risorse. È necessario mettere in campo risorse adeguate in primo luogo ad incrementare il numero di professionisti, oggi carente: un primo passo fondamentale per garantire un'assistenza adeguata e accessibile alle persone, che oggi esprimono bisogni sanitari sempre più complessi. Un adeguamento dei livelli numerici dei professionisti consentirebbe inoltre di eliminare le incongruenze che oggi si registrano nella loro attività: il 76% dei medici e il 79% degli infermieri, secondo l'indagine Ocse, ritengono infatti di svolgere attività quotidiane demansionanti, ovvero non in linea con le loro qualifiche professionali, cosa che - se si considera la durata e il costo della formazione di questi professionisti - rappresenta uno spreco di capitale umano. L'Ocse proprio per combattere la carenza e l'impiego improprio del personale medico - hanno adottato misure finalizzate ad attribuire funzioni, servizi e ruoli più avanzati a infermieri e farmacisti, mentre altri hanno utilizzato altre leve, come l'aumento della retribuzione o il miglioramento delle condizioni lavorative. Tra i Paesi che si sono mossi meglio in direzione di un migliore impiego delle competenze dei professionisti non medici, il docu-

mento Ocse cita la Francia, che *"dà agli infermieri ruoli avanzati e amplia il ruolo dei farmacisti comunitari nella prevenzione o gestione di malattie croniche"*, misure che *"consentono un migliore uso della salute capitale umano dei professionisti"*. Oltre alla Francia, una menzione è riservata anche a USA, Canada e Italia, dove *"i farmacisti di comunità sono formati per migliorare l'accesso alla prevenzione e alla gestione malattie in aree remote dove c'è carenza di medici di base dell'assistenza sanitaria"*.

2 Nuovo modello di assistenza primaria. I nuovi modelli devono essere basati sul lavoro in *team* e sulla connessione in rete, alla luce dei bisogni sempre più articolati e complessi dei cittadini. I *team* devono possedere conoscenze e competenze anche trasversali a quelle cliniche: dalla tecnologia digitale, alla consulenza, alla comunicazione condivisa. Aumentare la formazione su questi ambiti è uno dei *driver* per favorire implementazione delle cure primarie. Il lavoro in *team*, inoltre, migliorerebbe l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti: lo sviluppo digitale, in particolare, deve essere utilizzato e sfruttato per affrontare i problemi di accesso legati alle distanze geografiche e al fine di fornire un'assistenza sempre più personalizzata, che consenta una migliore accessibilità alle cure.

3 Retribuzioni: fare di più. Sono ancora troppo pochi i Paesi che hanno introdotto nuovi modelli di pagamento per incoraggiare l'assistenza sanitaria di base di alta qualità. Quelli che lo hanno fatto si sono mossi su quattro tipi di sistemi di remunerazione: pagare attività specifiche, tra le quali il coordinamento delle cure, le attività di prevenzione o la

gestione delle malattie; pagare per le prestazioni (*pay-for-performance*), premiando i fornitori che erogano cure di alta qualità; pagare "a pacchetto" (modello utilizzato in particolare per le cronicità), corrispondendo un compenso che vada a remunerare il costo di tutti i servizi e le prestazioni di assistenza sanitaria forniti dall'intera gamma di fornitori durante un periodo di tempo definito; pagamenti basati sulla popolazione, dove operatori sanitari come medici, medici specialisti, reti di pratica o ospedali indipendenti sono pagati in base alla gamma di servizi di assistenza sanitaria che offrono ad un certo gruppo definito di popolazione.

4 Valutazione degli esiti. Per l'Ocse i sistemi sanitari sanno ancora poco su come l'assistenza sanitaria primaria contribuisce al miglioramento della salute delle persone e dei servizi e come va incontro alle aspettative e alle esigenze delle persone, perché la maggior parte degli indicatori si concentra su *input* e utilizzo e le misure di *outcome* sono limitate a ospedalizzazioni evitabili per pazienti con patologie croniche o a prescrizioni appropriate in ambito sanitario primario. Le valutazioni delle esperienze sono essenziali per migliorare la qualità dell'assistenza e garantire che i servizi siano in risposta ai bisogni e alle preferenze delle persone, ma vengono raccolte per confronti internazionali solo in 18 paesi dell'Ocse.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del Documento Ocse

Il Ssn cade a pezzi mentre si avvia verso la privatizzazione

È il monito lanciato dal presidente della Fondazione Gimbe durante la recente presentazione, presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica, del 4° Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Definanziamento pubblico, sostenibilità ed esigibilità dei nuovi Lea, sprechi e inefficienze ed espansione del 'secondo pilastro' sono i "mali" che lo insidiano. Il Rapporto suggerisce riforme di rottura e azioni di governance a tutti i livelli per attuare il piano di salvataggio della sanità pubblica

// Negli ultimi 10 anni la sanità ha subito tagli per 37 mdl, tutti i governi hanno ridotto la spesa sanitaria per fronteggiare le emergenze finanziarie, nessun esecutivo ha avuto il coraggio di mettere la sanità pubblica al centro dell'agenda politica, né i cittadini sono mai scesi in piazza per difendere un fondamentale diritto costituzionale, ignorando che la perdita di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, oltre a compromettere la salute delle persone, porterà ad un disastro sociale ed economico senza precedenti". È questo il monito lanciato dal presidente della Fondazione Gimbe **Nino Cartabellotta** durante la recente presentazione presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica del 4° Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Definanziamento pubblico, sostenibilità ed esigibilità dei nuovi Lea, sprechi e inefficienze ed espansione del 'secondo pilastro' sono ormai delle vere e proprie cronicità che ledono le fondamenta del nostro Ssn.

"Dal Rapporto Gimbe - precisa Cartabellotta - emerge la mancanza di un disegno politico di lungo termine per 'preservare e potenziare' la sanità pubblica, già invocato dal Presidente Mattarella nel discorso di fine anno,

oltre che la scarsa attitudine degli attori della sanità a rinunciare ai privilegi acquisiti per tutelare il bene comune. L'Italia siede nel G7 tra le potenze economiche del mondo, ma la politica ha fatto precipitare il finanziamento pubblico per la sanità ai livelli dei paesi dell'Europa orientale, considerandola come un mero capitolo di spesa pubblica da saccheggiare e non una leva di sviluppo economico da sostenere, visto che assorbe solo il 6,6% del Pil e l'intera filiera della salute ne produce circa l'11%. In tal senso, mentre il mondo professionale e i pazienti aspirano alle grandi (e costose) conquiste della scienza e l'industria investe in questa direzione, l'entità del definanziamento pubblico allontana sempre di più l'accessibilità per tutti alle straordinarie innovazioni farmacologiche e tecnologiche disponibili".

"Peraltra - continua il presidente - la scarsa attitudine ad investire in sanità va a braccetto con la facilità a disinvestire, visto che dal 2010 tutti i Governi hanno ridotto la spesa sanitaria per fronteggiare le emergenze finanziarie, fiduciosi che il Ssn fornirà sempre risultati eccellenti e consapevoli che qualcun altro raccoglierà i cocci". Ma al tempo stesso, con l'obiettivo (fallito) di aumentare il consenso elettorale, hanno puntato sui

sussidi individuali (bonus 80 euro, reddito di cittadinanza, quota 100), indebolendo di fatto le tutele pubbliche in sanità ed aumentando la spesa delle famiglie. Per progettare il Ssn del futuro bisogna innanzitutto uscire dal perimetro della spesa sanitaria, perché la spesa sociale di interesse sanitario e la spesa fiscale per detrazioni e deduzioni sono custodite nello stesso 'salvadanaio': quello utilizzato per la salute degli italiani".

► La spesa per la salute

La **spesa complessiva per la salute in Italia nel 2017** ammonta complessivamente a 204.034 milioni:

- **Spesa sanitaria:** 154.920 euro di cui 113.131 milioni di spesa sanitaria pubblica e 41.789 milioni di spesa sanitaria privata. Di questa 35.989 milioni a carico delle famiglie e 5.800 milioni intermediati da fondi sanitari/polizze collettive (3.912 milioni), polizze individuali (711 milioni) e da altri enti (1.177 milioni).
- **Spesa sociale di interesse sanitario:** 41.888,5 milioni di cui 32.779,5 milioni di spesa pubblica, in larga misura relative alle provvidenze in denaro erogate dall'INPS, e 9.109 milioni stimati di spesa delle famiglie.
- **Spesa fiscale:** 7.225,5 milioni per

deduzioni e detrazioni di imposta dal reddito delle persone fisiche per spese sanitarie (3.864,3 milioni) e 3.361,2 milioni per contributi versati a fondi sanitari integrativi, cifra ampiamente sottostimata per l'indisponibilità dei dati relativi al *welfare* aziendale e alle agevolazioni fiscali a favore delle imprese).

"Al di là delle cifre - spiega Cartabellotta - oggi la vera sfida è identificare il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità (*value for money*): secondo le nostre analisi il 19% della spesa pubblica, almeno il 40% di quella delle famiglie ed il 50% di quella intermedia, non migliorano salute e qualità di vita delle persone". Ecco perché bisogna avviare riforme sanitarie e fiscali, oltre che azioni di *governance* a tutti i livelli, per ridurre al minimo i fenomeni di sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni efficaci e appropriate, aumentando il *value for money* delle tre forme di spesa sanitaria e pervenendo ad una loro distribuzione ottimale.

► Le determinanti della crisi

Il Rapporto conferma le 4 determinanti della crisi di sostenibilità del Ssn: definanziamento pubblico, sostenibilità ed esigibilità dei nuovi

Lea, sprechi e inefficienze ed espansione del 'secondo pilastro'.

Accanto a queste quattro 'patologie', due 'fattori ambientali' peggiorano ulteriormente lo stato di salute del Ssn: la non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni, oggi ulteriormente perturbata dalle istanze di regionalismo differenziato, e le irrealistiche aspettative di cittadini e pazienti che da un lato condizionano la domanda di servizi e prestazioni, anche se inutili, dall'altro non accennano a cambiare stili di vita inadeguati che aumentano il rischio di numerose malattie. Con questa diagnosi, la prognosi per il Ssn al 2025 non può che essere infausta.

Secondo le stime del Rapporto Gimbe per riallineare il Ssn a standard degli altri Paesi europei e offrire ai cittadini italiani un servizio sanitario di qualità, equo e universalistico sarà necessaria nel 2025 una spesa sanitaria di 230 miliardi. Visto che la soluzione offerta dal 'secondo pilastro' non è che un clamoroso abbaglio collettivo, il rilancio del Ssn richiede la convergenza di tutte le forze politiche e un programma di azioni coraggiose e coerenti: dal consistente aumento del finanziamento pubblico alla ridefinizione del perimetro dei Lea, dalla rivalutazione delle agevolazioni fiscali per i fondi sanitari al ripensamento

delle modalità con le quali viene erogata la spesa sociale di interesse sanitario al fine di pervenire ad un fabbisogno socio-sanitario nazionale.

► Mettere in sicurezza le risorse

Per Nino Cartabellotta è necessario 'mettere in sicurezza' le risorse ed evitare le periodiche revisioni al ribasso, definendo una soglia minima del rapporto spesa sanitaria/Pil e un incremento percentuale annuo del fabbisogno sanitario nazionale pari almeno al doppio dell'inflazione.

"Riprendendo parole di gattopardiana memoria - conclude Cartabellotta - se vogliamo rilanciare il Ssn dobbiamo cambiare tutto - entità del finanziamento, criteri di riparto, verifica adempimenti Lea, pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, modalità di rimborso delle prestazioni - affinché non cambi nulla, ovvero per non perdere i principi di equità, solidarietà e universalismo che da 40 anni costituiscono il DNA del nostro Ssn".



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF con la versione integrale del 4° Rapporto Gimbe

Il piano di salvataggio del Ssn in dodici mosse: le proposte della Fondazione Gimbe

1. Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali.
2. Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità e evitare continue revisioni al ribasso.
3. Aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel rispetto delle loro autonomie.
4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone.
5. Ridisegnare il perimetro dei livelli essenziali di assistenza secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia.
6. Ridefinire i criteri di compartecipazione alla spesa sanitaria ed eliminare il superticket.
7. Lanciare un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni.
8. Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione.
9. Regolamentare l'integrazione pubblico-privato e la libera professione secondo i reali bisogni di salute.
10. Rilanciare politiche e investimenti per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari.
11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa con almeno l'1% del fabbisogno sanitario nazionale
12. Promuovere l'informazione istituzionale per contrastare le *fake news*, ridurre il consumismo sanitario e favorire decisioni informate.

Morituri te salutant: i Mmg novelli gladiatori senza via d'uscita

Noi medici delle cure primarie viviamo in una vacanza contrattuale da quasi quindici anni e malgrado la sceneggiata dell'ultima sigla del dettato convenzionale, che in realtà altro non è se non un già programmato e dovuto saldo di arretrati, siamo testimoni diretti delle criticità dell'assistenza territoriale. Criticità di cui subiamo tutte le ricadute negative: aumento di responsabilità e compiti, con un potere di acquisto nettamente calato.

Nel frattempo i nostri studi prendono le sembianze di vere e proprie arene in cui si consuma il rapporto fiduciario mentre cresce la conflittualità con i pazienti

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

In questi anni di sofferenza per i medici territoriali, l'aumento del costo dei fattori di produzione in relazione ad una sempre più esagerata pressione fiscale, le crescenti difficoltà e criticità determinate dalla crisi economica, hanno aumentato il disagio professionale del medico che esercita sul territorio, mettendo non solo a rischio la qualità della risposta territoriale, ma l'esistenza stessa di quella figura professionale rappresentata dal medico di medicina generale. L'incertezza che circonda il futuro della Medicina Generale e dei professionisti che la esercitano, in contrapposizione agli aumentati costi gestionali dell'attività ambulatoriale, è diventata una questione di sopravvivenza dell'ambulatorio stesso del Mmg. Inoltre non va sottovalutato come il tentativo di guadagnare spazio a discapito del medico da parte di altre figure sanitarie abbia contribuito, assieme a diversi fattori sociali e mediatici, al continuo deterioramento del rapporto fiduciario tra Mmg e paziente che ri-

mane tuttavia uno dei punti di forza di un sistema sanitario ormai vetusto e malato. Questa tendenza ha condotto la categoria a perdere progressivamente ruoli professionali ed economici.

► La nostra arena quotidiana

La responsabilità della spesa, la partecipazione alla programmazione e alla gestione aziendale hanno portato anche ad un aumentato controllo sul medico di medicina generale in relazione ai profili prestazionali in termini di amministrazione di risorse. Come conseguenza, l'ambulatorio del Mmg attualmente potrebbe essere paragonato ad una vera e propria arena in cui si lotta col paziente/assistito, dove i margini sono delimitati dalle accresciute pretese del cittadino in contrapposizione ad una continua contrazione delle risorse. Tutto questo, unitamente alla gestione dell'appropriatezza prescrittiva, fanno del medico di medicina generale una figura percepita sempre più come un ammi-

nistrativo, un vigile che regola il traffico delle risorse del Ssn messe a disposizione della medicina di primo livello. Un sempre maggior numero di colleghi vive quotidianamente un vero e proprio disagio che si manifesta attraverso atteggiamenti di burnout professionale, manifestato da disimpegno, delusione, sfiducia, disinteresse generalizzato. Malgrado tutto questo noi continuiamo ad essere profondamente convinti che il vero *brand* del Sistema Sanitario Nazionale sia proprio il Mmg e che se questi cedesse anche il sistema stesso crollerebbe.

► Progetto...ma quale progetto?

Da tempo sosteniamo che non esista un progetto per lo sviluppo della medicina e dell'assistenza territoriale, malgrado rappresenti il *setting* più consono e appropriato per fronteggiare il male del secolo che inficia la sostenibilità dei sistemi sanitari: le cronicità. Nessuna forza politica fino ad ora ha mostrato, se non a parole, di

voler investire realmente sul territorio. In questo gioco, dove si sovrappone progressivamente il Mmg di nuove e complesse mansioni anche sociali e non si ha intenzione di adeguare la remunerazione al carico di lavoro, è logico che la forza imprenditoriale, nel senso dell'investimento che il medico stesso ipotizza nel suo lavoro, venga fortemente disincentivata. In questi anni siamo stati gli spettatori di una lunga sequela di errori di programmazione che hanno generato altri errori, portando ad una progressiva dissoluzione assistenziale territoriale: il risultato ha determinato l'implosione del Ssn a cui oggi assistiamo, causata da una visione eccessivamente amministrativa della sanità. Credo che al momento i colleghi siano più preoccupati dalla soluzione dei problemi quotidiani della gestione del rapporto con il paziente piuttosto che dai termini progettuali di una grande riforma sanitaria. Forse il Mmg soffre di una sfiducia e delusione tale da non sentirsi affatto coinvolto da disegni riformisti che sembrano nati già vecchi e sorpassati.

Ci sentiamo esposti ad un'ulteriore presa in giro della nostra categoria professionale sempre più svenduta, anche da una politica sindacale che è stata in grado di instaurare una contrattazione che non fosse viziata dal tentativo della conservazione di forti interessi personali e di quelli una cerchia abbastanza ristretta, piuttosto che animata da una vera difesa delle posizioni professionali dei colleghi. Inoltre le aziende non hanno mai mostrato una vera mentalità "aziendale" con una necessaria strategia basata sulla comunicazione e sulla motivazione degli operatori, ma si sono

confermate come mere esecutrici delle politiche regionali messe in campo dai governi che si sono succeduti. Il fondamentale compito delle aziende sanitarie dovrebbe essere quello di mettere il medico di medicina generale nelle condizioni di poter lavorare bene, dove, se così fosse, il sistema stesso si auto-modulerebbe sulla efficacia alle risposte assistenziali. Se ripensiamo al fatto che la domanda sanitaria, a causa di molteplici e conosciuti fattori, è in costante aumento, ci possiamo rendere conto della schizofrenia dell'intero quadro: la domanda sanitaria supererà sempre l'offerta e l'offerta, quando viene ampliata, genera nuove aspettative e nuovi bisogni in una spirale diabolica.

► I consumatori di sanità

Pensiamola economicamente: parliamo di interessi generati dal lavoro ambulatoriale dei Mmg. Parliamo di *stakeholder*. Gli *stakeholder* di un'impresa sono i portatori di interesse che ruotano intorno all'organizzazione (ambulatorio). Rappresentano l'universo delle persone e delle entità interessate ai prodotti, ai servizi, allo stato ed al benessere dell'organizzazione e potremmo identificarli con i clienti, gli investitori, i fornitori e i dipendenti dell'impresa anche se oggi si tende ad allargare il concetto includendo anche i regolatori/gestori (Mmg), i gruppi di pressione (cooperative), l'opinione pubblica ed i media, la comunità, i concorrenti e i dipendenti. Visto l'ampliamento della combinazione di *stakeholder* che gravitano intorno a uno studio medico, gestirne le relazioni è diventato decisamente più complesso

che in passato, anche se, nella maggior parte dei casi, i rapporti più importanti rimangono quelli con un gruppo limitato rappresentato da pazienti, dipendenti, fornitori (Asl) e gestori (Mmg).

Dall'importanza strategica di questi *stakeholder* per il *business* dell'impresa, sarebbe opportuno definire obiettivi ed indicatori che tengano conto della loro soddisfazione e del contributo o del disordine e/o al danno e logoramento che questi possono dare al successo dell'organizzazione. Che accadrebbe se il medico di medicina generale decidesse che la quota capitaria come è attualmente non risultasse sufficiente a coprire tutte quelle prestazioni ambulatoriali che al momento egli assicura? Facciamo un'ipotesi concreta: cosa accadrebbe se, dopo un numero di accessi ambulatoriali ben definiti e in cui comprendiamo solo le visite per problematiche nuove o croniche (escludendo le ripetizioni di ricette per terapia), il paziente dovesse pagare direttamente il medico? Potrebbe questa situazione di convenzionamento - a numero limite di prestazioni - migliorare il lavoro e la *performance* del Mmg eliminando tutte quelle figure che generano l'abuso di prestazioni ambulatoriali? Certo alla politica, che vende la sanità per i propri scopi conservativi o espansionistici, tutto questo non piacerebbe, ma potrebbe essere una ipotesi concreta per arginare quel fenomeno dato dai "consumatori" di risorse sanitarie, che poi finiscono per consumare e negare la risorsa od il tempo della *performance* a chi ne ha realmente bisogno. E così come i gladiatori nell'arena i Mmg *morituri te salutant*.

La professione sotto attacco: un medico su due ha subito aggressioni

È quanto si evince dall'analisi delle risposte al questionario messo on line alcuni mesi fa dalla FNOMCeO con l'obiettivo di avere numeri aggiornati e completi sul fenomeno della violenza contro i medici. Il 50% degli intervistati ha subito, nell'ultimo anno, aggressioni verbali; il 4% è stato vittima di violenza fisica

Il 50% degli intervistati ha subito, nell'ultimo anno, aggressioni verbali; il 4% è stato vittima di violenza fisica. Dati eclatanti, ma che ricalcano le estrapolazioni delle denunce all'Inail e i risultati di analoghe indagini condotte dai sindacati medici, quelli che vengono fuori dall'analisi del questionario messo on line alcuni mesi fa dalla FNOMCeO, con l'obiettivo di avere numeri aggiornati e completi sul fenomeno della violenza contro i medici. Fenomeno che sta diventando sempre più una vera emergenza di sanità pubblica, tanto da stimolare l'intervento del Governo che ha presentato un Disegno di Legge - ancora fermo in Parlamento - per arginarlo.

I dati sono stati presentati recentemente a Roma alla presenza del Ministro della Salute **Giulia Grillo**, che, proprio su questa tematica, è intervenuta al recente Comitato Centrale della FNOMCeO. "Ci auguriamo che il Senato legiferi il più velocemente possibile e ci auguriamo che venga poi approvato presto alla Camera" ha dichiarato il Ministro all'Ansa.

"Dal mio punto di vista - ha proseguito il ministro - non ho preclusioni, mi va bene qualsiasi cosa approverà il Parlamento. Quello che mi interessa e che i medici e

gli operatori sanitari siano tutelati e non siano più vittime di aggressioni e minacce, come ora succede". Nel disegno di legge del Governo si parla, non solo di violenze fisiche, ma anche di quelle verbali, come minacce ed epiteti. "Sappiamo - ha concluso - che i pazienti arrivano spesso alle strutture in situazioni di particolare stress emotivo ma è nell'interesse di tutti che episodi simili non siano più tollerati".

► I dati

Al questionario messo online dalla FNOMCeO, proposto dall'Associazione Scientifica Nazionale Hospital & Clinical Risk Managers ed elaborato dal professor **Alberto Firenze** dell'Università di Palermo, hanno risposto più di 5.000 professionisti sanitari, per la maggior parte (il 73%) medici (ospedalieri, del territorio, convenzionati, liberi professionisti, di strutture pubbliche e private), seguiti da ostetrici (5%) infermieri (3%) odontoiatri (3%) e altri operatori, e in maggioranza (il 56%) donne. Sono arrivate risposte da tutte le Regioni, con in testa il Piemonte (circa il 21%), seguito dalla Lombardia (16%), dalla Puglia (12%) e dalla Toscana (9%). Il 48% di chi

ha subito un'aggressione verbale ritiene l'evento 'abituale', il 12% 'inevitabile', quasi come se facesse parte della *routine* o fosse da annoverare tra i normali rischi professionali. Le percentuali cambiano di poco in coloro che hanno subito violenza fisica: quasi il 16% ritiene l'evento 'inevitabile', il 42% lo considera 'abituale'. Più del 56% di chi ha subito violenza ritiene che l'aggressione potesse essere prevista, anche se il 78% degli intervistati non sa se esistano o meno procedure aziendali per prevenire o gestire gli atti di violenza. Oltre il 38% degli operatori sanitari si sente poco o per nulla al sicuro e più del 46% è abbastanza o molto preoccupato di subire aggressioni.

"Uno dei dati a nostro avviso più allarmanti - ha spiegato il presidente della FNOMCeO, **Filippo Anelli** - è la rassegnazione che emerge dalle risposte dei nostri colleghi. La percezione falsata e quasi rassegnata del fenomeno porta con sé gravi effetti collaterali, come la mancata denuncia alle autorità, l'immobilismo dei decisori, ma anche il *burnout* dei professionisti, con esaurimento emotivo, perdita del senso del sé e demotivazione nello svolgimento della professione".

Cronicità e non autosufficienza i mali del Bel Paese

Siamo tra i Paesi più longevi, ma anche con più anni da vivere con malattie croniche e disabilità: la speranza di vita in buona salute è peggiore che in altri Paesi europei. Nel prossimo decennio si impennerà la domanda per visite specialistiche, giornate di degenza e assistenza domiciliare. È quanto si evince dai dati emersi dalla XVI Edizione del Rapporto Osservasalute

I taliani ancora lenti a cambiare abitudini nocive per la salute come fumo, sedentarietà e alimentazione scorrette, ma nel Bel Paese si muore sempre meno, grazie soprattutto ai miglioramenti nell'assistenza sanitaria e ai traguardi della medicina moderna. Siamo infatti tra i Paesi più longevi, ma anche con più anni da vivere con malattie croniche e disabilità: la speranza di vita in buona salute è peggiore che in altri Paesi europei anche perché siamo restii a cambiare abitudini nocive per la nostra salute. Nel prossimo decennio si impennerà la domanda per visite specialistiche, giornate di degenza e assistenza domiciliare. È quanto si evince dai dati emersi dalla XVI Edizione del Rapporto Osservasalute curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che opera nell'ambito di Vihtaly, spinoff dell'Università Cattolica presso la sede di Roma, con la Direzione scientifica di **Alessandro Solipaca**, e la Direzione di **Walter Ricciardi**, professore ordinario di Igiene generale e applicata all'Università Cattolica. Il volume (di 639 pagine), è frutto del lavoro di 318 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sa-

nitare, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco, Istat. Suddiviso in due parti principali - la prima dedicata alla salute e ai bisogni della popolazione, la seconda ai sistemi sanitari regionali nonché alla qualità dei servizi.

► Aumentano gli anziani e le cronicità

Nel 2017, gli ultra 65enni sono oltre 13,5 milioni, il 22,3% della popolazione totale. Le proiezioni dell'Istituto Nazionale di Statistica mostrano che questa fascia di popolazione, nel 2028, ammonterà al 26,0%, pari a poco più di 15,6 milioni di abitanti, mentre nel 2038 saranno oltre 18,6 milioni, il 31,1% degli italiani. Le proiezioni della cronicità indicano che tra meno di 10 anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà a oltre 25 milioni (oggi sono quasi 24 milioni), mentre i multi-cronici saranno circa 14 milioni (oggi sono oltre 12,5 milioni). La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12 milioni di persone affette nel 2028, mentre l'artrosi/artrite interesserà quasi 11 milioni di italiani; per entrambe le patologie ci si attende oltre 1 milione di malati in

più rispetto al 2017. Tra 10 anni le persone affette da osteoporosi, invece, saranno circa 5,3 milioni, oltre 500 mila in più rispetto al 2017. Inoltre, gli italiani affetti da diabete saranno oltre 3,6 milioni, mentre i malati di cuore circa 2,7 milioni.

L'aumento della domanda di cure e assistenza avrà conseguenze sulla spesa sanitaria. Attualmente nel nostro Paese si stima che si spendono, complessivamente, circa 66,7 miliardi di euro per la cronicità; stando alle proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri e ipotizzando una prevalenza stabile nelle diverse classi di età, nel 2028 spenderemo 70,7 miliardi di euro. In generale, le proiezioni della Ragioneria Generale dello Stato prevedono che il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e il Prodotto Interno Lordo dovrebbe crescere dal 6,6% del 2017 al 6,8% nel 2030, fino ad arrivare al 7,3% del 2040. In altre parole, dovremmo passare dagli attuali 114 miliardi a 139 miliardi nel 2030 e 168 miliardi di euro nel 2040.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF Osservasalute 2018

Gestione farmaci: Ema sigla accordo con la Medicina Generale

L'Agenzia Europea per i Medicinali ha siglato di recente un impegno di collaborazione con le tre associazioni europee della Medicina Generale, Uemo, la sezione europea di Wonca e Efpc

Una dichiarazione congiunta, che si impegna a rafforzare la collaborazione dell'European Medicines Agency (Ema) e il mondo delle cure primarie rappresentato dai medici di medicina generale, è stata siglata di recente per focalizzare meglio l'attenzione sull'utilizzo dei farmaci nelle reali condizioni di vita dei pazienti per poter ottimizzare l'orientamento degli interventi regolatori.

Tre gli obiettivi messi in campo:

- 1 comprendere meglio come vengono utilizzati i farmaci nella vita reale e il potenziale impatto di azioni normative specifiche sulla cura del paziente;
- 2 facilitare l'integrazione delle opinioni e il contributo dei medici di famiglia nelle attività dell'Ema, riconoscendo il ruolo chiave che svolgono in prima linea nella cura della salute e del paziente;
- 3 sensibilizzare i medici di medicina generale sul ruolo e le attività della rete di regolamentazione dei medicinali dell'UE.

Sono questi i principali obiettivi elencati nel documento che Ema ha siglato con le associazioni europee più rappresentative della Medicina Generale: l'Unione europea dei medici di base (Uemo) e la sezione europea dell'Organizzazione mondiale dei medici di famiglia (Wonca) e il Forum europeo per l'assistenza primaria (Efpc).

Lo sviluppo di questa dichiarazione congiunta è il risultato di incon-

tri e collaborazioni che hanno preso vita nel 2016 attraverso un vero e proprio laboratorio in cui i rappresentanti dei medici di famiglia hanno esplorato nuove possibilità di impegni tra Ema e il mondo delle cure primarie europee.

► Un piano d'azione

“I medici di famiglia sono il primo punto di contatto con i pazienti - ha dichiarato **Guido Rasi**, direttore esecutivo dell'Ema - forniscono assistenza a tutti i membri della famiglia, spesso per molti decenni, e questo li mette in una posizione unica. Il documento firmato quindi conferma l'impegno di Ema per coinvolgere attivamente i medici di famiglia nel suo lavoro, per garantire che le preziose conoscenze acquisite nelle cure primarie possano contribuire alla regolamentazione dei farmaci”.

Proprio con questa finalità è stato stilato anche un piano d'azione fino al 2020 che prevede una maggiore comunicazione tra Ema e mondo della Medicina Generale e più collaborazione con le reti di ricerca esistenti nel *setting* delle cure primarie.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del Documento siglato da Ema con Uemo, la sezione europea di Wonca e Efpc

Il bello di essere medico (uomo) negli Stati Uniti

Rispetto a quattro anni fa i compensi dei medici USA sono aumentati del 20% e aumenta anche la soddisfazione dei camici bianchi che sceglierebbero di nuovo la professione che esercitano attualmente. I medici maschi però guadagnano il 25% in più rispetto alle colleghe e ci sono anche significative disparità razziali

Rispetto a quattro anni fa i compensi dei medici USA sono aumentati del 20% e del 4% nell'ultimo anno. Secondo il nuovo report di Medscape* (il più completo rapporto sui salari dei medici negli Stati Uniti, rappresentativo di circa 20.000 medici in più di 30 specialità) nel 2019 il salario medio è pari a 313.000 \$. In testa alla classifica con oltre 450.000 \$ ortopedici, chirurghi plastici, ORL, cardiologi, dermatologi. A distanza medici delle cure primarie (231,000 \$) e pediatri, ma comunque con cifre irraggiungibili per i Mmg italiani. Ma non solo: il *burnout* è in declino e i medici sono per lo più contenti del proprio lavoro: la metà ha dichiarato di essere "soddisfatta" della propria prestazione lavorativa e il 42% di essi è "molto soddisfatto", tanto che sceglierebbero di nuovo il loro mestiere. Alla domanda su qual è l'aspetto più gratificante del lavoro, il 29% dichiara che è la gratitudine e la relazione con i pazienti, seguito al 24% da "essere molto bravo in quello che faccio/trovare risposte/diagnosi".

Segnalano comunque alcune frustrazioni: sono più preoccupati per le norme e gli eccessivi regolamenti, per le tante ore di lavoro, per i pazienti "difficili" e - in alcuni casi - per la mancanza di un equo rimborso.

Le contraddizioni colpiscono però anche gli Stati Uniti: il sondaggio evidenzia un peggioramento del divario retributivo di genere, con medici maschi che nel 2019 guadagnano il 25% in più rispetto alle loro colleghe (contro il 18% dell'anno pre-

cedente). Vero è che nell'assistenza primaria, gli uomini lavorano in media 4 ore in più rispetto alle donne e, tra le specialità, gli uomini lavorano 3 ore in più, ma questo non spiega il divario retributivo di genere.

Ci sono anche significative disparità razziali: i medici bianchi guadagnavano in media 38.000 dollari in più all'anno dei colleghi neri.

La quantità di tempo dedicato alle pratiche burocratiche è aumentata, con il 75% dei medici che riporta più di 10 ore settimanali per compiti amministrativi e più di un terzo con 20 ore o più.

Questo è un netto contrasto rispetto al 2012, quando circa la metà dei medici dichiarava di aver speso da una a quattro ore a settimana per documenti cartacei.

• *Medscape Physician Compensation Report 2019. www.medscape.com/slideshow/2019-compensation-overview-6011286?src=ban_comp2019_desk_mscpmrk_hp*



Intelligenza artificiale e medicina: è utile la strategia dello struzzo?

Si proporre una riflessione partendo da un assunto indiscutibile: l'Intelligenza Artificiale sta cambiando il mondo e quindi anche la medicina; dobbiamo conoscerla e per quanto possibile utilizzarla per evitare che sia essa a ridurre noi medici a puri supporti della tecnica

Riccardo De Gobbi
Medicina Generale, Padova

Giampaolo Collecchia
Medicina Generale, Massa (MS)

Lo sviluppo travolgente e la frenetica utilizzazione della Intelligenza Artificiale sta realizzando in tempi ristretti un cambiamento epocale in tutte le attività umane, quantomeno nei paesi avanzati: le discipline scientifiche ne hanno piena consapevolezza mentre quelle umanistiche e la medicina (disciplina umanistica fondata su basi scientifiche) non dedicano sufficienti energie allo studio, alla valutazione critica ed alla utilizzazione di queste rivoluzionarie tecniche.

Per comprendere appieno le potenzialità, ma anche i rischi di un uso inappropriato dei sistemi di intelligenza artificiale è necessario sottolineare alcuni dati.

► Gli approcci metodologici

I sistemi di intelligenza artificiale si avvalgono in particolare di due approcci metodologici. Il primo più tradizionale si basa sul tentativo di imitare i processi della mente umana, utilizza modelli simbolici, classifica i dati e li elabora in algoritmi che consentono classificazioni estremamente complesse e raffinate; il vertice di questo approccio si è raggiunto grazie alla traduzione in termini matematici di qualsiasi algoritmo mediante i "numeri di Godel" e all'introduzione delle cosiddette "reti neurali".

Questo primo approccio, utilizzato da decenni, ha trovato recentemente una felicissima (ma inquietante)

integrazione in un altro recente approccio metodologico, molto più pragmatico, ma enormemente più efficiente: è il metodo del test-errore-ritest ovvero del tentativo di risposta al quesito, del rilevamento dell'errore, della correzione dell'errore e della nuova prova; si tratta sostanzialmente della procedura usata dagli esseri viventi da miliardi di anni e che gli attuali potentissimi computer riescono a trattare in poche settimane. Per avere una scala di riferimento ricordiamo che un computer di media potenza ha una capacità di elaborazione che è almeno 1 milione di volte più veloce della mente umana: tradotto in numeri ciò significa che questi comuni computer in un'ora possono elaborare la medesima quantità di dati che un tecnico esperto elabora in oltre 4 anni di lavoro a 40 ore settimanali (senza ferie!).

L'approccio statistico utilizzato nel trattamento di queste enormi quantità di dati è di solito di tipo Bayesiano: i primi risultati sono generalmente imprecisi e costituiscono le "probabilità a priori" che vengono elaborate formulando valori meno imprecisi di "probabilità condizionate", queste a loro volta sono trattate come probabilità a priori di ulteriori stime probabilistiche in un processo sempre più accurato e perfezionato.

Nello Cristianini, grande esper-

to italiano di intelligenza artificiale, purtroppo a Bristol, ha espresso bene la situazione definendo la nuova intelligenza artificiale come una genialità aliena: non sappiamo bene come funzioni, abbiamo rinunciato a comprendere il per-

ché, ma non vi è dubbio che in moltissimi settori funzioni. I risultati sono sotto gli occhi di tutti e per vari aspetti sono eccellenti, ad esempio nel trattamento di immagini e tracciati in particolare in radiologia, anatomia patologi-

ca, oftalmologia, elettrocardiografia ed elettroencefalografia: il livello raggiunto in questi campi è così elevato che alcune *Learning Machine* di diagnostica radiologica possono ormai competere con i migliori radiologi.

I risvolti inquietanti delle applicazioni per la diagnostica e la terapia

Ma i risvolti più affascinanti ed inquietanti sono emersi dalle applicazioni per la diagnostica e la terapia, tanto che la produzione e la utilizzazione di *software*, videogiochi terapeutici, piattaforme di realtà virtuale, avatar e robot in ambito sanitario è ormai quasi completamente sfuggita al controllo dei medici e dei ricercatori ed è in larghissima parte progettata e gestita da esperti informatici ed immessa nel mercato secondo modalità e criteri scelti dai colossi che operano in internet: da vari anni IBM con Watson Google con Deep Mind e recentemente Babylon offrono *software* di intelligenza artificiale che formulano diagnosi e propongono terapie, senza significative reazioni da parte della classe medica internazionale.

Per comprendere le possibili evoluzioni di questo processo proponiamo una breve riflessione sulla utilizzazione della Intelligenza Artificiale nel santuario delle specializzazioni mediche-umanistiche: la psichiatria. Ne illustriamo alcune tappe significative senza pretese di completezza e di esaustività, ma al solo scopo di sottolineare la preoccupante dissociazione tra alcune applicazioni della intelligenza artificiale e la pratica diagnostico-terapeutica corrente.

► In principio era quasi un gioco...

Il primo timido esperimento con risultati inaspettati risale al 1966: **Joseph Weizenbaum** creò un programma per computer che chiamò "Eliza", il quale analizzava le affermazioni o domande che l'interlocutore digitava alla tastiera e rispondeva utilizzando frasi generiche, ma ispirate al buon senso e ad un atteggiamento di umana comprensione (il riferimento del ricercatore era la tecnica psicoterapeutica di tipo Rogersiano).

Se ad esempio la persona alla tastiera scriveva "...oggi sto male..." il programma poteva rispondere "al giorno d'oggi capita di star male: mi dica pure..."

Il dato assolutamente sorprendente, che dopo anni di studi portò Weizenbaum a parlare di "Computer Power", fu che chi utilizzava il programma Elisa tendeva a ricorrervi nuovamente nei momenti di tensione e dichiarava di averne beneficio riconoscendo al computer insolite ed inaspettate capacità terapeutiche.

Gli "strani poteri" dei computer dotati di idonei *software* furono negati, sminuiti od ignorati da larga parte delle scuole psicoterape-

utiche, ma non dai ricercatori che continuarono nel loro promettente ed a quei tempi singolare filone di ricerca.

► ...poi un videogioco

Interessanti e inquietanti applicazioni riguardano il trattamento della depressione negli adolescenti: il *Software* SPARX (Smart Positive Active Realistic X-factor), che si presenta come un videogioco, ha conseguito un miglioramento in centinaia di adolescenti affetti da depressione, analogo a quello mostrato dagli adolescenti trattati direttamente dallo psicoterapeuta. Il dato che faceva riflettere è che il miglioramento dello stato dell'umore persisteva a distanza di tre mesi e sembrava addirittura essere superiore alla terapia tradizionale nel sottogruppo con sintomi più accentuati, forse perché è più facile per i giovani pazienti aderire alla terapia computerizzata, anziché recarsi dallo psicoterapeuta.

► Approvazione del NICE

La quantità e la qualità dei dati a favore della Cognitive Behaviour Therapy computerizzata divenne tale che, nel 2009, il NICE (National Institute for Clinical Excellence) inglese ufficialmente approvò la utilizzazione di questo tipo di terapia nell'ansia e nella depressio-

ne. Ma era solo l'inizio: la terapia cognitiva comportamentale somministrata tramite internet ha dimostrato di essere efficace in vari disturbi psichici e in particolare nei disturbi depressivi, nei disturbi d'ansia generalizzata, nel disturbo con attacchi di panico, nei disturbi ossessivi compulsivi, nel disturbo post traumatico da stress, nei disturbi di adattamento, nel dolore cronico, nelle fobie.

► La realtà virtuale meglio di una psicoterapia?

La necessità di trattare i numerosi soldati americani reduci dalle campagne di guerra in medio oriente ed affetti da Disturbo post-traumatico da stress (in alcuni reparti ben 1 su 6 militari) ha portato ad elaborare varie "soluzioni informatiche" tra le quali si è distinto per efficacia un *software* di realtà virtuale, sviluppato dalla Università di California in collaborazione con l'US Army, che portava i militari affetti da questo importante disturbo a rivivere e rielaborare in ambiente protetto, con risposte adeguate, i gravi traumi emotivi subito durante la guerra.

► Gli Avatar oltre la psicoterapia

Gli studi sugli Avatar hanno infranto una barriera storica: quella della terapia delle allucinazioni uditive che, come è noto, sono particolarmente difficili da trattare anche con un utilizzo generoso di psicofarmaci. Un importante studio ha dimostrato che un Avatar opportunamente e programmato può ridurre le allucinazioni uditive, mantenendo un effetto terapeutico anche a distanza di settimane: ovviamente, secondo gli autori, la meto-



dica va perfezionata e controllata ma un'altra storica barriera è stata superata dalla tecnica informatica.

► Le App

Le Società scientifiche e le organizzazioni professionali degli psichiatri e degli psicoterapeuti prudentemente non hanno ostacolato il diffondersi di questi nuovi strumenti, limitandosi a ribadire la fondamentale importanza della relazione psicoterapeutica. Tuttavia le App che diagnosticano il disturbo psichico dell'utente e suggeriscono o indirizzano verso alcune terapie sono sempre più numerose e suscitano notevoli preoccupazioni. La massiccia introduzione di molteplici applicazioni informatiche con fini diagnostico-terapeutico nel santuario della relazione terapeutica, ovvero nella psichiatria-psicoterapia, è un segnale chiaro: per la medicina interna e le relative specialità è solo questione di tempo.

► Conclusioni

Le grandi innovazioni informatiche degli ultimi anni hanno trasformato radicalmente il nostro mondo; le manifestazioni di questo cambiamento si possono senza alcuna enfasi definire rivoluzionarie: un riferimento storico più volte richia-

mato da vari esperti è quello della Rivoluzione industriale nell'Europa del XVII e XIX secolo.

Le analogie, infatti non mancano: allora come ora, seppure su una scala differente, varie innovazioni tecnologiche tra loro complementari consentivano di sostituire il lavoro di migliaia di persone; allora come ora la tecnica era stata creata da un numero ristretto di geniali scienziati, ma era di proprietà di una elite che dettava le regole del gioco; allora come ora la tecnica non era superiore alla mente e alla mano dell'uomo ma produceva una grande quantità di prodotti di accettabile qualità a basso costo; allora gli artigiani, come ora gli intellettuali si illudevano di essere insostituibili: loro divennero semplici operai ed ora noi?

Noi potremmo salvarci perché ora la tecnica è a basso costo e potrebbe essere utilizzata su larga scala da decine di migliaia di tecnici e professionisti, che potrebbero creare una rete di conoscenze e competenze validate, in grado di utilizzare queste nuove tecnologie.

Eugenio Santoro, illuminato esperto in informatica, ci ha recentemente fornito preziosi spunti di "intelligenza artificiale democratica".

Perché non provare ad andare avanti?

Bibliografia disponibile a richiesta

AGGIORNAMENTI



■ ALLERGOLOGIA

Le relazioni tra rinite allergica e disturbi del sonno

■ CARDIOLOGIA

Progressi e criticità nella sindrome coronarica acuta

■ INFETTIVOLOGIA

Incremento delle infezioni sessualmente trasmesse

■ MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Attività motoria nella malattia di Parkinson

■ PSICHIATRIA

Milano Psichiatria 2019: un congresso, tanti congressi

■ SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE

Alimentazione controllata e infiammazione: le innovazioni

■ ALLERGOLOGIA

Le relazioni tra rinite allergica e disturbi del sonno

Le linee guida cliniche per l'asma e la rinite allergica (RA) hanno identificato il mancato sonno causato dai sintomi come un indicatore chiave della morbilità correlata alla malattia. Nel Documento ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) viene indicata infatti la presenza di disturbi del sonno e delle ripercussioni sulle attività quotidiane per distinguere le forme lievi, che non presentano questi problemi, dalle forme moderate e gravi.

Una scarsa qualità del sonno è inoltre un indicatore del fatto che la malattia allergica è scarsamente controllata con importanti ricadute sulla funzionalità diurna del paziente e sulla sua qualità di vita. I disturbi del sonno possono causare sonnolenza diurna, affaticamento, diminuzione delle capacità cognitive e psicomotorie e maggiore difficoltà di concentrazione. Basti pensare che negli Stati Uniti è stato evidenziato come i disturbi del sonno legati alla RA condizionino il rendimento lavorativo, ponendo questa patologia al primo posto tra le cause di assenteismo dal lavoro. Alcuni studi indicano nella congestione/ostruzione nasale cronica e/o ricorrente, associata a rinite allergica la causa primaria dell'interruzione del sonno e del conseguente affaticamento durante il giorno, influenza-

to da un aumento del numero di micro-arousals e di episodi di apnea. Anche altri sintomi, come starnuti a salve, congiuntivite concomitante, rinorrea e prurito nasale, possono contribuire ai disturbi del sonno.

Gli obiettivi del trattamento (allontanamento dell'allergene quando possibile, farmacoterapia, immunoterapia) e della gestione della rinite allergica comprendono dunque anche il recupero di un buon sonno e della capacità di svolgere le normali attività quotidiane.

► Una nuova ipotesi

Ci sarebbe una relazione tra sonno Rem disturbato e predisposizione a soffrire di allergie: rispetto alle persone che hanno un sonno Rem normale, coloro che soffrono di disturbi del sonno nella fase REM sarebbero più soggetti a soffrire di allergie. L'evidenza emerge da uno studio pubblicato su *International Forum of Allergy & Rhinology*. Dai risultati è emerso che nei pazienti con risultati positivi ai test sulle allergie, il tempo necessario al sonno Rem è stato significativamente più lungo e la percentuale di sonno Rem è stata significativamente inferiore rispetto ai pazienti non allergici. I pazienti allergici, inoltre, sono stati 3.92 volte più soggetti a Rem-Rdi (Rem-respiratory disturbance

index), mentre i pazienti con valori di Rem-Rdi da moderati a severi avevano una probabilità di 5,1 volte maggiore di essere allergici rispetto a quelli che avevano valori Rem-Rdi da normali a moderati. "Sono pochi gli studi che dimostrano un effetto diretto dell'allergia sul sonno Rem, supportati da misurazioni oggettive", scrivono gli Autori. "Inoltre, le allergie sarebbero associate a un sonno Rem anomalo in modo bidirezionale. Forse trattare le allergie potrebbe aiutare a risolvere i problemi del sonno e trattare i problemi del sonno potrebbe aiutare a curare le allergie".

► Gestione dei disturbi del sonno

La corretta gestione dei disturbi del sonno può evitare la cronicizzazione e migliorare la qualità di vita e la salute in generale dei pazienti. Dal punto di vista terapeutico nella scelta della molecola più appropriata andrebbe tenuto in debito conto che tra le BDZ ipnoinducenti, le molecole ad emivita breve-intermedia, come lormetazepam, consentono una induzione rapida e duratura del sonno. Oltre alla rapidità d'azione lormetazepam, è in grado di ridurre il numero dei risvegli notturni anche in condizioni di rumorosità, un parametro di stabilità del sonno indotto.

Bibliografia

- Ariano R. <https://doi.org/10.1002/alr.22099>
- Craig TJ et al. *Curr Allergy Asthma Rep* 2010; 10 (2): 113-21.
- www.progetto-aria.it
- Koinis-Mitchell D. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 130: 1275-81.

■ **CARDIOLOGIA**

Progressi e criticità nella sindrome coronarica acuta

Esistono ancora, sia in Lombardia che in altre parti d'Italia, alcune criticità relativamente al trattamento delle sindromi coronariche acute (SCA), sia prima dell'arrivo in ospedale che nel corso della degenza e soprattutto nel follow-up.

Molti pazienti arrivano infatti in ospedale senza utilizzare i mezzi di soccorso, provocando ritardi che possono essere cruciali per la diagnosi e per gli adeguati interventi terapeutici. L'assistenza durante la degenza è invece molto migliorata negli ultimi anni, anche se ancora oggi vanno incoraggiati gli interventi di angioplastica nei centri dove se ne fanno di più e che quindi forniscono maggiori garanzie di successo.

Per quanto riguarda il follow-up, un aspetto critico riguarda la prevenzione secondaria, che necessita di migliorare sia l'adeguatezza delle terapie sia la compliance. L'argomento è stato illustrato ad *M.D.* dal Prof.

Aldo Pietro Maggioni, Direttore Centro Stusi ANMCO ed è stato trattato nell'ambito del Convegno "Gestione clinica della sindrome coronarica acuta in Regione Lombardia", tenutosi a Milano.

► **Luci e ombre**

"Ancora oggi moltissimi pazienti (oltre il 50%) arrivano in ospedale non utilizzando i mezzi di soccorso, ma

arrivando in ospedale con i propri mezzi. Questo determina rilevanti ritardi: oggi dove sono radicate reti organizzate come in Lombardia ma anche in altre Regioni d'Italia, il fatto di utilizzare i mezzi di soccorso fa sì che l'ECG venga inviato immediatamente al punto di rilievo più vicino e il paziente possa essere mandato direttamente in sala di emodinamica per l'angioplastica primaria. Se il paziente viene accompagnato dai familiari con mezzi propri il rischio è quello di perdere tempo se in Pronto Soccorso non viene rilevata immediatamente la gravità del caso. Questo è tra i problemi più rilevanti nella pre-gestione della SCA e negli ultimi anni la situazione non si è modificata.

All'interno dell'ospedale la situazione è migliorata in maniera rilevante, tant'è che la mortalità intraospedaliera si è molto ridotta e la percentuale di soggetti sottoposti al miglior trattamento (angioplastica primaria) si è incrementata. Una nota a margine è che l'angioplastica primaria viene eseguita anche in centri dove ne vengono effettuate poche e ci è noto che la qualità dell'intervento dipende anche dalla quantità eseguita in termini numerici. Sarebbe necessaria una razionalizzazione in tal senso.

Per quanto riguarda la fase post-ospedaliera, al di là dei pazienti che hanno subito conseguenze rilevanti (riduzione della funzione ventricolare

sinistra, scompenso cardiaco) per i quali si impostano follow-up molto mirati e personalizzati, in generale la prevenzione secondaria è un tema critico già a partire dalla riabilitazione, che viene prevista per pochi casi ma che se fosse effettuata su alti numeri potrebbe dare dei risultati rilevanti in termini di minor incidenza di nuovi eventi, e rimangono ampi spazi di intervento anche per il tema dei trattamenti farmacologici.

Oggi abbiamo terapie molto efficaci che però non sempre vengono prescritte oppure vengono utilizzati dosaggi inferiori a quanto suggerito dalle linee guida o ancora l'aderenza del paziente nel corso del tempo diminuisce, ma anche quella dei medici. Circa il 30% dei trattamenti raccomandati alla dimissione viene sospeso nel corso del primo anno post-evento.

Le soluzioni: è necessario un maggior impegno per condurre una maggiore informazione pubblica e per la gestione ospedaliera le problematiche sono di tipo organizzativo. Per la fase di follow-up sarebbe auspicabile una razionalizzazione delle modalità di gestione del paziente. La medicina generale ovviamente può dare un contributo molto rilevante perché è necessaria una maggior integrazione tra ospedale e territorio, ma soprattutto modalità perché i pazienti seguano al meglio le indicazioni terapeutiche".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di **Aldo Pietro Maggioni**

■ INFETTIVOLOGIA

Incremento delle infezioni sessualmente trasmesse

Le infezioni sessualmente trasmesse (Ist) rimangono persistentemente diffuse in tutto il mondo.

Sono state infatti pubblicate nel Bollettino dell'Organizzazione Mondiale della Sanità le stime epidemiologiche: la prevalenza e l'incidenza di quattro IST trattabili in donne e uomini di età tra i 15 e i 49 anni - chlamydia, gonorrea, tricomoniasi e sifilide - rimangono elevate, con oltre un milione di nuove infezioni trasmissibili sessualmente ogni giorno nel mondo (oltre 376 milioni di nuovi casi l'anno). Nel 2016 c'erano 127 milioni di nuovi casi di clamidia, 87 milioni di gonorrea, 6,3 milioni di sifilide e 156 milioni di tricomoniasi con un profondo impatto sulla salute di adulti e bambini in tutto il mondo. Le stime 2016 sono simili a quelle pubblicate nel 2012, sia a livello globale che per regione, a dimostrazione della continua sfida per la salute pubblica.

"Stiamo assistendo a una mancanza di progressi nel fermare la diffusione delle IST in tutto il mondo" ha affermato Peter Salama, direttore esecutivo di Universal Health Coverage e Life-Course all'Oms.

► E in Italia?

"Tra il 2010 e il 2018 si assiste ad un netto aumento dei casi di persone con una infezione sessualmente tra-

smisibile. Raddoppia, tra il 1991 e il 2018, anche il numero di stranieri con una malattia confermata e in atto. Inoltre, si registra un incremento generalizzato sino al 400%, in diversi centri, dei casi di sifilide. E se si considera che non tutti i pazienti si rivolgono a strutture pubbliche, diventando quindi difficile poter monitorare l'esatto andamento epidemiologico, ci sono validi motivi per non sottovalutare il fenomeno". Questi dati sono stati forniti dal prof. Aldo Morrone, dermatologo tropicalista, direttore scientifico dell'Istituto IRCCS "San Gallicano" di Roma al Congresso mondiale di Dermatologia di Milano (fonte Adnkronos).

A destare maggior preoccupazione è l'incidenza delle infezioni sessualmente trasmissibili tra i giovanissimi. "Gli adolescenti sempre di più hanno precoci rapporti sessuali precocemente, senza un'adeguata consapevolezza e conoscenza del proprio corpo: il 15%, già tra i 13 e i 14 anni. L'incremento che si osserva tra questi ragazzi è dovuto anche alla promiscuità, all'utilizzo errato del preservativo. Inoltre molte ragazze sottovalutano il rischio che le Ist possano determinare sterilità o diventare un fattore predisponente allo sviluppo di tumori.

"In particolare gli adolescenti si lasciano persuadere dal web che sembra offrire occasioni per avere

relazioni sessuali senza alcuna protezione e che possono diffondersi anche attraverso l'uso promiscuo improprio di giochi e dispositivi. La vergogna a parlare di sesso con i familiari o con i medici è un ulteriore elemento negativo e di rischio. E diventa un paradosso che, proprio mentre si affinano le tecniche diagnostiche per cui oggi è sufficiente una goccia di sangue o un po' di saliva, aumentino i casi di infezioni sessualmente trasmissibili".

► Ulteriori dati

"Nel 2016 si è osservato un aumento del 70% circa dei casi di sifilide I-II rispetto al 2015 e i casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* sono raddoppiati negli ultimi 7-8 anni. Le giovani donne tra i 15 e i 24 anni presentano la più alta prevalenza di infezione da *Chlamydia trachomatis*, mentre le infezioni virali dei condilomi anogenitali rappresentano la Ist più segnalata, con un aumento del 300% negli ultimi 15 anni. Anche la percentuale di soggetti HIV positivi tra le persone con una Ist confermata e in atto è in continuo incremento negli ultimi 10 anni. Nel 2016, la prevalenza di HIV tra le persone con una Ist è stata circa settantacinque volte più alta di quella stimata nella popolazione generale italiana. Questo spiega il rischio di contrarre l'infezione da Hiv quando si viene colpiti da una infezione sessualmente trasmissibile" - conclude Aldo Morrone.

• **Fonte:** www.who.int/reproductivehealth/curable-stis/en

■ **MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**

Attività motoria nella malattia di Parkinson

Anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, i numeri della malattia di Parkinson (MdP) sono in aumento progressivo e le stime più recenti indicano che le persone affette in Italia sono circa 300 mila. Studiare e comprendere meglio le problematiche legate al controllo posturale e locomotorio, ma anche proporre e monitorare nuove strategie riabilitative specifiche per ogni tipo di sintomo è di importanza fondamentale. Numerosi studi epidemiologici dimostrano non solo che l'attività fisica (AF) ha un effetto preventivo nello sviluppo della MdP, ma che è rilevante anche la durata e intensità dello sforzo fisico stesso. La nuova edizione di "Nuovo Parko" (www.parkinsonianiassociati.it) è ampiamente dedicata all'attività fisica; ne pubblichiamo una sintesi.

▶ **Quando e come**

L'esercizio fisico che non preveda particolari indicazioni, va svolto con cadenza giornaliera. Tra le attività con supporto scientifico di efficacia e più adatte a consentire al soggetto di muoversi nella quotidianità rientrano il cammino, il Nordic Walking e il Treadmill. L'attività fisica adattata (AFA) è indicata in presenza dei seguenti deficit e limitazioni funzionali: inattività o ri-

dotta capacità fisica; aumento del rischio di cadute o paura di cadere; limitazione nelle attività e deficit funzionali, in particolare nei trasferimenti, postura, allungamento e capacità di afferrare, equilibrio e cammino; deficit e limitazioni causati da patologie muscolo-scheletriche del collo e delle spalle; suscettibilità alle piaghe da decubito; necessità di informazioni sulle conseguenze della malattia. Nella programmazione devono essere presi in considerazione i periodi ON-OFF. Velocità e difficoltà dell'esercizio devono essere adattate alle capacità del paziente, tenendo presente che l'affaticamento ha un effetto negativo sull'esecuzione delle attività.

Le priorità nel raggiungimento degli obiettivi devono essere in accordo con le necessità espresse dal paziente, a questo scopo viene suggerita la compilazione del questionario disturbo-specifico di autovalutazione per il paziente, nel quale vengono indicati i movimenti e le attività rese difficoltose dalla MdP.

▶ **Ambiente**

L'ambiente in cui svolgere la AF preventiva e adattata ha un valore non trascurabile. Il luogo idoneo si presenta sicuro, sgombro di attrezzi, deve prevedere la possibilità di sedersi, senza dover attraversare spa-

zi stretti che possano far inciampare o creare confusione al paziente. Le difficoltà di concentrazione e di orientamento si possono contrastare con spazi luminosi, senza sgradevoli rumori, che possano prevedere momenti di rilassamento grazie all'ascolto di musiche più o meno ritmiche. Non sono necessarie dotazioni particolari, piuttosto sono utili oggetti che vengono utilizzati nella quotidianità (bicchieri di carta, nastri colorati o altri utensili). Muoversi in ambienti piccoli, o con rumori distraenti, potrebbe inficiare sulla performance motoria in quanto distoglie il soggetto dall'obiettivo principale, che in questo caso è l'esercizio aerobico. Camminare in uno spazio ampio, in piste di atletica per es, può essere un valido consiglio.

▶ **Ausili**

L'utilizzo di ausili per la deambulazione può aumentare l'indipendenza e la sicurezza, ma vi possono essere difficoltà legate all'uso perché possono richiedere un doppio sforzo. Inoltre l'uso inappropriato del deambulatore può peggiorare la postura. Nei pazienti con freezing è appropriato l'uso di un deambulatore con freni a compressione che vengono attivati quando il paziente vi si appoggia. Nel caso di grave compromissione della stabilità posturale è consigliabile l'uso della sedia a rotelle. Suggestioni specifiche sugli ausili possono essere forniti dal fisioterapista, mentre il terapeuta occupazionale dovrebbe recarsi al domicilio del paziente per identificare tempestivamente gli adattamenti necessari nell'ambiente domestico.

■ PSICHIATRIA

Milano Psichiatria 2019: un congresso, tanti congressi

Dal 13 al 16 maggio 2019 si è tenuto Milano Psichiatria 2019, congresso di psichiatria aperto non solo agli psichiatri, ma anche ai Mmg, ai geriatri, agli psicologi, ai neurologi e agli infermieri. Spiega il prof. **Emilio Sacchetti**, co-presidente del congresso insieme ai proff. Claudio Mencacci (Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano) e Massimo Clerici (Ospedale San Gerardo di Monza e Università di Milano-Bicocca): "Milano Psichiatria 2019 è stato un congresso particolare perché ha sviluppato anche questioni piuttosto inusuali, con l'intento di dare una visione più ampia delle tematiche legate alla psichiatria".

Utilizzando una metafora teatrale, il congresso è stato suddiviso in 5 Atti - conferenze in senso specifico, su spettro psicotico, dipendenze da sostanze e comportamentali, spettro affettivo uni e bipolare e salute mentale nell'anziano - e 5 intermezzi - conferenze su argomenti più innovativi: nutraceutica, psichiatria di precisione, effetti di genere, rapporti fra migrazioni e psicopatologia e contaminanti ambientali e neurosviluppo.

► **Bambini, giovani e anziani**

Alcuni degli argomenti trattati nell'ambito del congresso hanno

puntato l'attenzione sulle diverse fasi della vita, da prima della nascita fino alle età avanzate.

La prof. **Barbara Viviani**, dell'Università di Milano, ha illustrato la relazione fra esposizione a contaminanti ambientali e neurosviluppo, spiegando come per esempio alcuni metalli, come metilmercurio e piombo, e i pesticidi potrebbero avere un'influenza sull'aumentato rischio di patologie come schizofrenia, ADHD e disturbi dello spettro autistico.

A proposito sempre di bambini, una relazione del dott. **Giovanni De Girolamo** (IRCCS Fatebenefratelli di Brescia) ha parlato della trasmissione intergenerazionale dei disturbi mentali, problematica con importanti implicazioni assistenziali ed etiche che richiede perciò adeguate strategie di gestione.

Tra le problematiche più diffuse e che riguardano persone sempre più giovani, vi è quella delle dipendenze comportamentali, a cui è stato dedicato ampio spazio, grazie anche alla Conferenza Nazionale della neonata Accademia Italiana di Scienze delle Dipendenze Comportamentali, tenutasi all'interno del congresso.

Per quanto riguarda le persone anziane, l'argomento è stato trattato ampiamente. In particolare il prof. **Eugenio Aguglia**, dell'Università

di Catania, ha sottolineato come sia fondamentale favorire la resilienza con approcci che considerino anche aspetti sociali e ambientali, come, per esempio, il volontariato. La gestione dell'anziano non può prescindere dall'organizzazione territoriale. Come spiega il dott. **Salvatore Varia**, dell'ASP di Palermo: soltanto mettendo a regime un sistema che parta dal Mmg e che coinvolga i sistemi più specialistici, si possono favorire soluzioni con facilità d'accesso e di contatto.

► **Ruolo dei nutraceutici in psichiatria**

Spiega il prof. **Sacchetti**: "Negli ultimi anni si è sviluppato in maniera sempre più forte il tema della medicina complementare anche in psichiatria, in particolare con l'uso di nutraceutici e altre sostanze naturali in ambito neuropsichiatrico". I prodotti di origine vegetale che possono essere utilizzati in quest'ambito sono diversi: alcuni sono registrati anche come farmaci, come l'iperico e la valeriana, altri sono ingredienti di integratori alimentari, utilizzati anche in associazione alla terapia farmacologica convenzionale. Aggiunge il prof. **Mario Dell'Agli** (Università di Milano): "Oltre all'efficacia è però importante considerare l'aspetto della sicurezza": per esempio l'iperico può aumentare l'induzione enzimatica dell'anticoagulante warfarin o degli inibitori selettivi del reuptake della serotonina; il Ginkgo è anche un antiaggregante e quindi non deve essere utilizzato in associazione con ASA o anticoagulanti orali.

Tra i fitoterapici vi sono anche quelli che interferiscono con la trasmissione GABAergica, in particolare la passiflora e la scutellaria che -come spiega il prof. **Ferdinando Nicoletti** della Sapienza di Roma e IRCCS Neuromed di Pozzilli (IS)- hanno un'indicazione nelle sindromi ansiose e nella dipendenza da benzodiazepine.

Come sottolinea il dott. **Francesco Cappitelli**, Consulente in ambito nutraceutico di Milano, è però importante "tenere ben fermo il concetto di qualità", indispensabile per garantire sicurezza ed efficacia.

Una relazione del prof. **Giovanni Biggio** (Università di Cagliari) ha approfondito il ruolo dell'asse intestino-cervello e della possibilità -ancora tutta da esplorare- di influire positivamente sulla funzione cerebrale modificando il microbiota.

► Tendenze e prospettive nella cura della schizofrenia

Naturalmente gran parte degli interventi è stata dedicata alle malattie psichiatriche, tra cui la schizofrenia. Il dott. **Marco Vaggi**, (Asl 3 di Genova), ha sottolineato come "negli ultimi anni, il trattamento a lungo termine della schizofrenia ha modificato il suo obiettivo", passando dalla stabilizzazione sintomatologica, alla considerazione degli aspetti sociali, alla capacità di vita autonoma fino al vissuto soggettivo del paziente.

In questo un certo interesse sta suscitando la riabilitazione, il cui obiettivo, come spiega il prof. **Antonio Vita**, dell'Università di Brescia, "è il recupero della persona nelle sue fun-

zioni abituali della vita quotidiana".

Attualmente c'è evidenza favorevole per il filone della psico-educazione, sia individuale che familiare, gli interventi di social skills training (addestramento alle abilità sociali), inserimenti lavorativi protetti e riabilitazione cognitiva, personalizzando il più possibile l'intervento integrato.

Per quanto riguarda i deficit cognitivi legati a questa patologia, i migliori esiti, come illustra il prof. **Roberto Cavallaro**, dell'Università Vita-Salute San Raffaele, IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano "si sono avuti con approcci neurocognitivi, cioè con l'esercizio delle funzioni cognitive, che può essere declinato sia per le funzioni di base (memoria, attenzione, funzioni cognitive) sia per le funzioni socio- e meta-cognitive".

La sintomatologia negativa della schizofrenia, secondo il dott. **Giancarlo Cerveri** (ASST di Lodi) "non è stata sostanzialmente modificata dall'introduzione degli antipsicotici di II generazione, come inizialmente sperato". Per migliorare la gestione è importante essere in grado di riconoscerla, individuando la perdita di provare piacere, della capacità di interessarsi agli altri e la ridotta produzione di pensiero, riconoscere l'andamento nel tempo e distinguere la sintomatologia di tipo primario e secondario.

I farmaci antipsicotici sono gravati da diversi eventi avversi, e a questo argomento ha dedicato la sua relazione il dott. **Guido Di Sciascio**, dell'Asl Bari, nonché Segretario Nazionale della Società Italiana di Psichiatria.

Il rapporto fra depressione, coscienza di malattia (insight) e schi-

zofrenia pone il paziente a rischio di comportamenti suicidari e solleva molti interrogativi sullo psichiatra clinico e il Mmg. È perciò "importante" - spiega il prof. **Mario Amore** dell'Università di Genova, "riuscire ad individuare eventuali indicatori di imminente rischio suicidario, primo fra tutti la mancanza di speranza".

Ampio spazio è stato dedicato anche ai farmaci, per esempio nella schizofrenia farmaco-resistente. Di questo ha parlato, nella sua relazione, il prof. **Andrea de Bartolomeis** (Università di Napoli Federico II) che ha mostrato i nuovi orizzonti terapeutici legati a target recettoriali alternativi.

Tra le novità che si stanno affacciando in campo medico vi è la cosiddetta "terapia digitale" (Digital Therapeutics) che, come spiega il dott. **Giuseppe Recchia** (Fondazione Smith Kline), è un nuovo intervento medico in cui il principio attivo è un software, che però, come un farmaco, è sviluppato attraverso la sperimentazione clinica ed è valutato da organi regolatori. La psichiatria rappresenta un'area eletta per questo, poiché molte delle strategie comprendono incentivi a modificare il comportamento e il cambiamento di gestione della malattia, favorendo l'aderenza e la collaborazione col medico.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone le interviste dal Congresso

■ SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE

Alimentazione controllata e infiammazione: le innovazioni

Combattere l'invecchiamento e ridurre i fattori di rischio correlati all'insorgenza di una serie di patologie croniche. Sono le ambizioni del Programma Mima Digiuno (PMD), un protocollo alimentare ipocalorico, che si articola in un regime alimentare vegetale di 5 giorni da ripetersi in maniera costante nel tempo, frutto di una lunga e meticolosa ricerca di base e clinica condotta dal Prof. **Valter Longo**, Direttore Istituto di Longevità - University of Southern California (USC) e Group Leader IFOM (Istituto FIRC di oncologia molecolare) di Milano.

Una serie di pubblicazioni su immunità e infiammazione, in particolare su sclerosi multipla, diabete di tipo 1, malattie infiammatorie intestinali, ha evidenziato che l'uso del PMD promuove l'eliminazione delle cellule nocive responsabili di diverse autoimmunità.

In sintesi il Programma Mima Digiuno dà un segnale al sistema di distruggere o ridurre nettamente molti tipi di cellule, incluse quelle del sistema immunitario, probabilmente andando a preferire i globuli bianchi danneggiati e quelli che non vengono utilizzati in quel momento. Nei periodi di digiuno molte cellule danneggiate vengono eliminate, mentre viene ridotta al minimo, probabilmente, l'elimi-

nazione delle cellule che sono necessarie.

Attraverso il PMD si stimolano un reset e una riprogrammazione del corpo, il processo di invecchiamento viene contrastato e l'organismo va verso una rigenerazione cellulare attraverso la produzione di cellule staminali. Gli studi preclinici e clinici hanno messo in evidenza un miglioramento significativo del benessere generale, anche in termini di ottimizzazione dei marcatori metabolici e di riduzione del grasso addominale, con un impatto positivo sulla longevità.

I risultati sono stati confermati da uno studio condotto su 100 individui con età tra i 20 e i 70 anni, tra i quali alcuni in sovrappeso o obesi, sottoposto al PMD ogni mese per tre mesi. In questi soggetti si è assistito a una riduzione di grasso totale e addominale, pressione sanguigna, colesterolo, PCR, proteina Igf-1, in assenza di perdita di massa muscolare.

▶ **Malattie infiammatorie intestinali**

In una recente ricerca pubblicata su *Cell Reports* sono stati analizzati gli effetti sull'evoluzione dell'infiammazione intestinale in topi con malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) che erano stati sot-

toposti a 2 cicli di 4 giorni ciascuno di PMD e che successivamente avevano ricevuto una normale alimentazione. I dati ottenuti hanno dimostrato come questi cicli di PMD producano un chiaro miglioramento dei sintomi associati alla patologia, in particolare rilevando una maggior rigenerazione dell'epitelio intestinale, grazie all'attivazione delle cellule staminali, un miglior controllo della risposta immunitaria e un aumento delle popolazioni intestinali benefiche (Lactobacilli e di Bifidobatteri).

A tal fine si stanno sviluppando studi clinici randomizzati che prevedono l'impiego di PMD in pazienti con MICI, con l'obiettivo di determinarne efficacia e sicurezza nell'uomo.

Bibliografia

- Rangan P et al. *Cell Report* 2019; DOI 1016/j.celrep.2019.02.019
- Wei M et al. *Sci Transl Med* 2017 DOI 1126/scitranslmed.aai8700.
- Fasting-Mimicking Diet Modulates Microbiota and Promotes Intestinal Regeneration to Reduce Inflammatory Bowel Disease Pathology.
- Fasting-mimicking diet and markers/risk factors for aging, diabetes, cancer, and cardiovascular disease.
- www.ifom.eu/it



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

Febbre di origine ignota: un approccio diagnostico multidisciplinare

La febbre di origine ignota in un adulto è una delle condizioni cliniche più impegnative, sia per il medico che per il paziente. La stessa definizione è controversa, sebbene essa rappresenti più frequentemente una presentazione atipica di una patologia nota e non una malattia “insolita”. Il medico deve sottoporre il paziente ad un’accurata raccolta anamnestica e ad un esame obiettivo completo, volti ad identificare possibili indizi diagnostici utili per impostare la valutazione iniziale

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**², **Michele Carella**¹, **Marco Sperandeo**³, **Massimo Errico**⁴,
Gianluigi Vendemiale⁵, **Angelo Benvenuto**⁶

La febbre di origine ignota o sconosciuta (*Fever of Unknown Origin, FUO*) venne descritta per la prima volta nel 1961 in una serie di casi clinici, e venne definita una malattia febbrile (temperatura $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$) prolungata, cioè presente da almeno tre settimane, per la quale non sia stato possibile identificare una causa eziologica malgrado una valutazione di almeno una settimana condotta durante un ricovero in ospedale. La definizione arbitraria di durata della maggior parte della febbre (pari almeno a tre settimane) consente un tempo sufficiente per la risoluzione delle patologie acute ed autolimitanti, nonché per condurre una valutazione iniziale del paziente.

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)

³Dirigente Medico SC Medicina Interna

Ospedale Ente Ecclesiastico “F. Miulli”

Acquaviva delle Fonti (BA)

⁴Direttore SC Medicina Interna

Università degli Studi di Foggia

AOU Policlinico “Ospedali Riuniti”

⁵Presidente Facoltà di Medicina e Chirurgia

La febbre di origine ignota ricevette una nuova definizione nel 1991; secondo tale definizione, la valutazione diagnostica minima doveva essere composta da almeno tre visite ambulatoriali o da tre giorni di ricovero in ospedale. Altri autori hanno proposto periodi di tempo più brevi di durata della febbre (es. due settimane); in effetti, attualmente, i pazienti si rivolgono al medico più precocemente e ricevono una diagnosi più rapidamente. Quindi, secondo una definizione qualitativa più recente, per porre diagnosi di febbre di origine ignota sarebbe sufficiente aver sottoposto il paziente ad una “ragionevole” valutazione diagnostica.

Altri sottotipi di febbre di origine ignota comprendono le forme contratte in ospedale, le forme con neutropenia, le forme associate all’infezione con il virus da immunodeficienza umana. Tali sottotipi necessitano di approcci valutativi diversi, e la loro discussione va al di là degli obiettivi del presente articolo.

► Diagnosi differenziale

Le patologie responsabili della febbre di origine ignota si sono modificate con il passare del tempo, in conseguenza di modificazioni dei pattern di malattia e dello sviluppo di nuove tecniche diagnostiche. La diagnosi differenziale comprende più di 200 patologie. Secondo diverse rassegne di casi clinici, tuttavia, l’eziologia della febbre di origine ignota sarebbe sostanzialmente limitata ad alcune dozzine di patologie; i pazienti presentano spesso una forma atipica di una patologia comune. Le più comuni cause di febbre di origine ignota sono elencate nella *tabella 1*.

► Metodologia diagnostica

Non esistono linee guida riguardanti l’approccio al paziente febbrile, e la maggior parte delle indicazioni sono basate sul consenso di esperti. In occasione della prima visita il medico esegue in genere una raccolta anamnestica ed un esame obiettivo, alla ricerca di se-

gni e sintomi di una causa infettiva. In assenza di indicazioni di una possibile localizzazione dell'infezione il medico deve approfondire la valutazione anamnestica e l'esame obiettivo, alla ricerca di possibili indizi diagnostici; gli indizi diagnostici consentono di giungere a una diagnosi nel 62% dei casi, indizi sono peraltro presenti nel 97% dei pazienti e possono pertanto essere fuorvianti.

In assenza di indizi diagnostici il paziente va sottoposto ad una batteria minima di esami. Le cause infettive vengono identificate più frequentemente nelle fasi iniziali della malattia febbrile; pertanto, tanto più a lungo una febbre di origine ignota continua a restare senza diagnosi, tanto meno frequentemente la causa risulta infine di tipo infettivo.

Dopo le infezioni, le cause di febbre di origine ignota comprendono patologie infiammatorie non infettive e neoplasie maligne; la valutazione diagnostica va pertanto rivolta a queste condizioni patologiche. In qualsiasi momento, durante la valutazione, il medico deve prendere

in considerazione l'opportunità di ricoverare il paziente in ospedale, in particolare nei casi in cui si evidenziano segni di una malattia critica. Una percentuale compresa tra 15% e 35% dei pazienti muore per una causa associata alla febbre di origine ignota (in genere infezioni o neoplasie maligne); la maggior parte dei pazienti in cui non è possibile identificare una causa eziologica, d'altro canto, presenta infine un recupero o un'evoluzione benigna, con una buona prognosi.

In occasione della valutazione iniziale, gli esami per la ricerca delle infezioni più comuni devono comprendere un emocromo completo con formula leucocitaria, quadro elettrolitico, enzimi epatici, esame delle urine e urinocoltura, emocoltura, radiografia del torace. In assenza di indizi circa una possibile sede di infezione il paziente va sottoposto ad una valutazione diagnostica più approfondita.

• **VES, PCR e procalcitonina**

La velocità di eritrosedimentazione (VES) ed i livelli di proteina C reattiva (PCR) sono reattanti non specifici

di fase acuta che fanno parte di routine nella valutazione diagnostica di un paziente febbrile. La VES non consente tuttavia di discriminare tra patologie autoimmunitarie attive e infezioni; inoltre, sia neoplasie sia patologie infiammatorie non infettive possono causare innalzamenti di VES e di PCR. Il livello di PCR costituisce un marker sensibile per infezioni e infiammazioni, ma non possiede una sensibilità sufficiente per discriminare tra processi patologici specifici. Infine va ricordata la procalcitonina come marker specifico di infezioni batteriche.

• **Esami per identificare neoplasie maligne e patologie infiammatorie non infettive**

Nei casi in cui malgrado le indagini descritte la causa della febbre continua ad essere ignota, il medico deve procedere con alcuni esami volti ad identificare neoplasie maligne e patologie infiammatorie non-infettive.

Un aumento dei livelli di lattato deidrogenasi può essere indicativo di patologie infettive o maligne, come

Tabella 1

Cause comuni di febbre di origine ignota

Sottogruppo	Causa
Infezioni (20-40%)	Batteriche (ascessi addominali o pelvici, ascessi dentali, endocardite, sinusite, tubercolosi, infezioni delle vie urinarie). Virali (cytomegalovirus, virus di Epstein-Barr).
Neoplasie maligne (20-30%)	Carcinoma colon-rettale. Leucemie. Linfomi.
Malattie infiammatorie non-infettive (10-30%)	Malattie del connettivo (malattia di Still dell'adulto, artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico). Malattie granulomatoze (malattia di Crohn, sarcoidosi). Sindromi vasculitiche (arterite a cellule giganti, polimialgia reumatica/arterite temporale).
Cause miste (10-20%)	Da farmaci (barbiturici, carbamazepina, fenitoina, cimetidina, ranitidina, carbapenemici, cefalosporine, eritromicina, isoniazide, rifampicina, sulfamidici, idroclorotiazide, metildopa, nifedipina, ibuprofene, salicilati, allopurinolo, eparina). Febbre "fittizia". Malattie tromboemboliche. Tiroidite.
Cause non individuate (più del 50% dei casi)	

malaria, linfomi, leucemie. Può essere utile anche la misurazione dei livelli di ferritina; in un paziente con malattia febbrile prolungata il riscontro di livelli elevati di ferritina può indicare la presenza di una neoplasia maligna (in particolare patologie mieloproliferative) o di altre patologie infiammatorie non infettive, come lupus eritematoso sistemico e arterite temporale.

La ricerca di anticorpi anti-nucleo, fattore reumatoide, virus dell'immunodeficienza umana, virus di Epstein-Barr, cytomegalovirus, anticorpi citoplasmatici anti-neutrofili, così come la misurazione dei livelli di creatina-chinasi, possono suggerire altre forme infettive ed alcune patologie infiammatorie non infettive, come lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, vasculiti.

In considerazione della diffusa disponibilità degli esami, del basso costo e dell'assenza di esposizione a radiazioni, la valutazione iniziale dovrebbe comprendere anche ecografie addominali e pelviche.

► Valutazione secondaria

Nei casi in cui dopo il completamento della valutazione iniziale la causa continua ad essere ignota, il paziente viene considerato affetto da una febbre di origine ignota e il medico deve intraprendere una valutazione ulteriore (secondaria).

Per i pazienti con febbre di origine ignota sono stati proposti diversi algoritmi diagnostici; solo pochi di essi, tuttavia, sono supportati da evidenze derivanti da studi prospettici. Alcuni indizi diagnostici possono essere utili per l'esecuzione di esami sierologici mirati, rivolti a determinati organi, oppure di esami radiologici più avanzati o di procedure diagnostiche più invasive.

Secondo una review la maggior parte delle diagnosi viene ottenuta grazie a procedure diagnostiche non invasive; tra le procedure invasive, la più utile dal punto di vista diagnostico è l'esame bioptico (biopsie epatiche, linfonodali, dell'arteria temporale).

Gli esami ematici maggiormente indicati nella fase di valutazione secondaria comprendono le crioglobuline (che risultano elevate in pazienti con endocardite, lupus eritematoso sistemico, leucemie, linfomi), esami del complemento, esami sierologici, esame di uno striscio di sangue periferico, elettroforesi delle proteine sieriche, esami di funzionalità tiroidea.

Nell'ambito della valutazione secondaria possono essere utili tomografie computerizzate (TC) del torace, della cavità addominale o dello scavo pelvico. In uno studio condotto su pazienti con febbre di origine ignota, TC di torace e addome hanno presentato elevata sensibilità (pari, rispettivamente, a 82% e 92%); gli autori hanno concluso consigliando l'esecuzione di

questi esami nei casi in cui la valutazione iniziale non consente di individuare la causa della febbre. L'ecocardiografia è consigliata in presenza di indicazioni cliniche di endocardite. L'ecografia Doppler venosa è indicata nei casi in cui si sospetta una tromboembolia. L'esame di imaging con risonanza magnetica dell'arco aortico e dei vasi principali del collo è utile nei casi in cui si sospetta una vasculite. Gli studi di imaging di medicina nucleare non sono invasivi, consentono di visualizzare l'intero organismo e di definire la localizzazione di cause infettive o infiammatorie di febbri di origine ignota.

Infine, va sottolineato come cicli terapeutici empirici con antibiotici o con corticosteroidi consentono raramente di definire la diagnosi e, in assenza di indicazioni cliniche specifiche, la loro utilizzazione nel trattamento di pazienti con febbre di origine ignota va scoraggiata.

In qualsiasi fase della valutazione il consulto con uno specialista (es. infettivologo, reumatologo, ematologo/oncologo) è appropriato.

Bibliografia essenziale

- De Luca P. Medicina Clinica. Manuale pratico di Diagnostica e Terapia. Enea Ed, Milano, 2016, pp. 219-220.
- Dioguardi N et Al. Moderni aspetti di Semeiotica Medica. Società Editrice Universo, Roma, 2002, pp. 195-197.
- Gasbarrini G. Trattato di Medicina Interna. Verduci, Roma, 2011, pp. 209-216.
- Grifoni S. Medicina d'Urgenza. Metodologia Clinica. Piccin, Padova, 2015, pp. 1331-1336.
- Hayakawa K. et al. Fever of unknown origin: an evidence-based review. *Am J Med Sci* 2012; 344 (4): 307-316.
- Hot A et al. Yield of bone marrow examination in diagnosing the source of fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 2009; 169 (21): 2018-2023.
- Limper M et al. The diagnostic role of procalcitonin and other biomarkers in discriminating infectious from non-infectious fever. *J Infect* 2010; 60 (6): 409-416.
- Mourad O et al. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 2003; 163 (5): 545-551.
- Nuti R. Metodologia Clinica. Minerva Medica, Torino, 2002, pp. 51-56.
- Siegenthaler W. Diagnosi differenziale. UTET, Torino, 2010, pp. 110-199.
- Vanderschueren S et al. From prolonged febrile illness to fever of unknown origin: the challenge continues. *Arch Intern Med* 2003; 163 (9): 1033-1041.
- Varghese GM et al. Investigating and managing pyrexia of unknown origin in adults. *BMJ* 2010; 341: C5470.

Nutraceutici e dislipidemie

L'uso di nutraceutici per il controllo dei lipidi può essere una alternativa alla terapia convenzionale, come supporto ad una dieta corretta, in pazienti con profilo di rischio medio-basso o resistenza/intolleranza al trattamento. Sono sicuri e meglio tollerati dei farmaci solo se realizzati con uno stretto controllo del processo di produzione e adeguatamente sperimentati in studi clinici

Antonio Ferrero - *Cardiologia ASLT05 - CdL Professioni Sanitarie, Università di Torino*
Tecla Marchese - *Geriatría e Malattia metaboliche, Clinical Investigator Diabetologia ASLT05*

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono la principale causa di mortalità e morbilità nei Paesi occidentali, la prevenzione delle stesse e delle loro complicanze è quindi un aspetto fondamentale della sanità pubblica e della pratica clinica. Il colesterolo plasmatico e la sua frazione LDL sono considerati uno dei principali fattori di rischio per MCV e il mantenimento entro i valori di normalità, fissati dalle linee guida in prevenzione primaria e secondaria, è, in questo senso, determinante.

Per ottenere questo obiettivo, nonché il controllo dei trigliceridi e adeguati livelli di colesterolo HDL, esistono vari provvedimenti di consolidata efficacia: stili di vita corretti caratterizzati da attività fisica, dieta ipolipidica, ridotto consumo di alcol, calo ponderale. Ove questi non siano sufficienti, possiamo disporre di terapie farmacologiche validate da numerosi trial scientifici: in particolare statine ed ezetimibe. Da alcuni anni sono comparsi sul mercato vari prodotti destinati al trattamento della dislipidemia, definiti nutraceutici, anche se il termine in sé è piuttosto variabile a seconda della fonti consultabili: un nutraceutico può essere definito come "alimento, o parte di un alimento, che porta benefici di tipo medico, come per esempio prevenzione e/o trattamento di una malattia" (Kalra EK. Nutraceutical-definition and introduction. AAPS PharmSci 2003) oppure "composto nutriente ad attività far-

maceutica, usato al dosaggio che supera quelli ottenibili da alimenti, per migliorare la salute".

Tra i nutraceutici in grado di ridurre la colesterolemia ve ne sono alcuni che sono stati maggiormente studiati e sottoposti a trial clinici.

► Monacolina

Le monacoline sono metaboliti fungini isolati da *Monascus purpureus*, un contaminante responsabile della fermentazione del riso a cui conferisce il caratteristico colore rosso scuro ("riso rosso fermentato"). Esistono vari tipi di monacoline, ma la più comune e utilizzata è la monacolina K con struttura molecolare pressoché identica alla lovastatina; il meccanismo d'azione è parimenti identico, cioè inibizione reversibile dell'enzima epatico che limita la sintesi del colesterolo: 3-idrossi-3metil-glutaril-CoA (coenzima A reductasi).

L'effetto ipocolesterolemizzante della monacolina è stato studiato in diverse categorie di pazienti affetti da ipercolesterolemia primitiva o secondaria di varia origine, sia in prevenzione primaria che secondaria (post-infarto) e negli anziani. La riduzione della colesterolemia LDL oscilla tra il 10-15% ottenibile con la somministrazione di monacolina 3 mg/die fino al 20-25% con dosaggio di 10 mg/die.

All'azione diretta sul colesterolo LDL si associano azioni favorevoli sulla proteina C-reattiva ad alta sensibilità, mi-

glioramento della funzione endoteliale e modesti effetti su trigliceridemia e colesterolemia HDL.

Una studio clinico in prevenzione secondaria, condotto in Cina su una popolazione di quasi 5.000 soggetti con cardiopatia ischemica, ha dimostrato una riduzione significativa del rischio di mortalità ed eventi ricorrenti non letali. Nonostante vari studi abbiano dimostrato una buona tollerabilità delle monacoline è tuttavia possibile che i pazienti intolleranti alle statine possano esserlo anche ai derivati del riso rosso fermentato. Inoltre va tenuto presente che la monacolina K è metabolizzata dal citocromo P450 3A4 con possibili interazioni di natura farmacologica e l'associazione con statine non è raccomandata.

► Berberina

La berberina è un alcaloide isochinolinico che si trova in alcune piante medicinali (*Coptis chinensis*, *Berberis vulgaris*, *Berberis aristata*, ecc). La berberina inibisce la trascrizione dell'mRNA codificante la pro-proteina convertasi subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) che promuove il trasporto e la degradazione del recettore LDL epatico; l'effetto finale è il prolungamento dell'emivita del recettore, che può esercitare in modo prolungato la sua funzione sul colesterolo LDL circolante. Inoltre la berberina è in grado di inibire l'acetil-coenzima A carbossilasi e la sintesi dei trigliceridi e modulare il metabolismo glucidico ridu-

cendo l'insulino-resistenza. Gli effetti della berberina si ottengono a dosaggi pari a 500 mg -1550 mg /die con riduzione di circa il 20% del colesterolo LDL e del 25% dei trigliceridi.

Esiste la possibilità di interazioni farmacologiche per l'interferenza della berberina con l'attività dei citocromi CYP2D6, CYP2D9, CYP3A4 e conseguente potenziamento dell'azione di farmaci che utilizzano le stesse vie metaboliche (metformina, tacrolimus, ciclosporina A, inibitori della proteasi dell'HIV, verapamil, tolbutamide, midazolam, losartan, digossina, chinidina).

Un suo limite è dato dalla limitata biodisponibilità per l'azione "espulsiva" da parte di proteine presenti sulla membrana delle cellule della mucosa intestinale (glicoproteina P, gp-P) direttamente nel lume intestinale, dopo somministrazione orale per diffusione passiva all'interno delle cellule della mucosa intestinale. A tale problema si può ovviare associando la berberina alla silimarina (frazione flavonolignanica del *Silybum marianum*) che è uno tra i più efficienti inibitori della gp-P. Tra i possibili effetti collaterali rientrano i disturbi dell'alvo e la distensione addominale.

► Policosanoli

I policosanoli sono una miscela di alcoli saturi alifatici primari di lunghezza variabile (octacosanolo, tetracosanolo, esacosanolo), ricavati dalla canna da zucchero, ma anche da crusca di riso e altre piante e agiscono attraverso l'inibizione della mRNA che codifica per 3-idrossi-3-metil-glutaril-Coenzima A reductasi. L'azione e l'efficacia di queste miscele è variabile in ragione della tipo e prevalenza di polialcoli. In letteratura è presente uno studio condotto a Cuba che supporta l'efficacia ipocolesterolemizzante di tali molecole con diminuzione del LDL fino al 20% per dosaggi di 10 mg/giorno. Studi più recenti condotti su popolazioni europee hanno messo in discussione la loro reale efficacia; la tolleranza nel breve e

lungo periodo è buona e non sono segnalati effetti collaterali di rilievo.

► Fitosteroli

I fitosteroli e gli stanoli, loro derivati esterificati, sono sostanze che si trovano in alimenti di origine vegetale (noci, frutta, verdura, cereali, legumi). La loro struttura chimica è molto simile a quella del colesterolo e per questa ragione competono per l'assorbimento intestinale del colesterolo alimentare e di origine biliare con incremento dell'espressione epatica dei recettori per le LDL e aumentata captazione delle LDL circolanti. RCT e metanalisi documentano una riduzione del colesterolo LDL in soggetti sani con ipercolesterolemia, di circa 12 mg/dL. Alle dosi raccomandate (2-3 g/die) non sono segnalate particolari interazioni con altri farmaci ipolipemizzanti o effetti collaterali significativi.

► Fibre

L'apporto alimentare di fibre, cioè dei carboidrati complessi che non sono degradati dagli enzimi digestivi e raggiungono intatti il piccolo intestino, ha dimostrato una discreta efficacia nel controllo della colesterolemia LDL con un meccanismo legato all'assorbimento ed escrezione del colesterolo, degli acidi biliari, degli altri grassi alimentari. Per quantità di consumo della fibra dell'ordine di 3 g al giorno, la colesterolemia LDL si riduce in misura compresa tra il 5% e il 6%, in assenza di effetti significativi sulle altre frazioni del profilo lipidico. Effetti di analoghi sono descritti anche per il chitosano, le pectine, il glucomannano ai dosaggi di 3, 4 e 6 g rispettivamente.

► Associazioni

Sono state poste in commercio diverse associazioni di nutraceutici con l'obiettivo di ridurre i dosaggi dei principi attivi e i possibili effetti collaterali, rendendone massimi gli effetti.

Una delle associazioni più comuni è

quella tra monacoline (3 mg) e policosanoli (10 mg), che combina un inibitore della sintesi dell'idrossimetil-glutaril-Coenzima A reductasi (policosanolo) con un inibitore dell'attività (monacolina): questa associazione produrrebbe apparentemente una riduzione del colesterolo LDL di circa il 15%. Un'altra associazione preconstituita prevede l'aggiunta di berberina a questi due principi: questo tipo di combinazione ha portato alla riduzione del colesterolo LDL fino al 25% e dei trigliceridi (-20%).

► Conclusioni

L'uso di sostanze derivate da sostanze nutritive per l'abbassamento dei lipidi può essere una alternativa alla terapia convenzionale, come supporto ad una dieta corretta, in pazienti con profilo di rischio medio-basso e resistenza o intolleranza al trattamento. Vanno tuttavia tenuti presenti alcuni aspetti: il principale a nostro avviso consiste nel fatto che gli integratori/nutraceutici non sono considerati farmaci e quindi non necessitano dell'iter sperimentale richiesto ai farmaci; non sono sottoposti alle normative di produzione/ricieste per i farmaci, ma alla normativa igienico sanitaria di produzione alimentare: quindi sono sicuri e meglio tollerati dei farmaci solo se realizzati con uno stretto controllo del processo di produzione e adeguatamente sperimentati in studi clinici. Gli integratori alimentari in commercio possono avere evidente differenza qualitativa fra loro ed è importante dunque scegliere prodotti fabbricati in accordo con le Good Manufacturing Practices previste per i farmaci, con garanzia di una composizione standardizzata costante e priva di contaminanti (per esempio la segnalazione relativa alla presenza di citrinina nefrotossica in alcuni preparati a base di monacolina) e corredati di studi clinici a supporto di efficacia e sicurezza.

Bibliografia disponibile a richiesta

Medicina predittiva e valutazione dei sintomi “somatici funzionali”

Il progetto di medicina predittiva descritto mediante valutazione dei sintomi vaghi e aspecifici nell'ambito della formazione sul campo di personale sanitario e il conseguente programma di riequilibrio del gap energetico è proponibile per interventi di popolazione atti a modificare lo stile di vita

Andrea Lorusso,¹ Dario Boschiero,² Teresa Buzzulini,³ Nyls Basso,⁴ Jacopo Seno,⁴ Marta Orlando¹

Il termine “medicina predittiva” negli interventi di popolazione è stato volutamente usato per estendere il concetto di “prevenzione personalizzata” a gruppi omogenei di soggetti al fine di modificarne i fattori di rischio individuali e ambientali con gli strumenti della EBM.

Gli interventi di promozione della salute previsti dall'art. 25 del DL.vo n. 81/08 possono rappresentare l'occasione per valutare alcune variabili che hanno un valore previsionale rispetto allo comparso di condizioni patologiche riconducibili alle malattie cronic-degenerative (sindrome metabolica, obesità, osteosarcompenica, ipogonadismo età correlato). A questo scopo abbiamo utilizzato alcune delle domande concernenti i sintomi “somatici funzionali”, così definiti da R. Mayou nell'articolo pubblicato nel 1991 sul BMJ¹.

Questi sintomi dopo una opportuna valutazione medica, non possono essere spiegati nell'ambito di una malattia convenzionalmente definita. La letteratura successiva²⁻⁵ li chiamerà sintomi (clinicamente) inspiegabili, dolore da somatizzazione, disturbi somatoformi e sintomi somatici funzionali. In inglese si parlerà di *medi-*

cally unexplained symptoms (MUS). Vengono descritti stanchezza o affaticamento persistente, insonnia e risvegli frequenti, mancanza dell'appetito o fame eccessiva, colon irritabile, mani e piedi freddi, senso di eccessiva pienezza dopo i pasti, alvo alterno, disturbi del tono dell'umore. Tali sintomi sono responsabili di una consultazione su cinque dei medici di famiglia del Regno Unito.⁷

► Materiali e metodi

Nell'ULSS 3 Serenissima viene organizzata dal 2008 una iniziativa di formazione e addestramento per il personale sanitario che effettua la movimentazione manuale dei pazienti. L'attività è condotta da un gruppo di personal trainer di comprovata esperienza ed è caratterizzato da un allenamento a circuito con bastoni, fitballs e kettlebells e da prove pratiche simulate al letto del paziente (*figura 1*). Si tengono più edizioni accreditate ECM di 4 ore ciascuna.

In questo ambito è stato somministrato un questionario riguardante una selezione di sintomi vaghi e aspecifici (MUS) a 97 operatori sanitari. Il questionario anonimo (*figura 2*), è autosomministrato prima dell'inizio del corso pratico.

Nel questionario sono riportati anche i risultati di un test della forza utilizzato per valutare la performance muscolare in contrazione isometrica (mantenimento per 16 secondi dell'appoggio

monopodalico sull'arto dominante con il contro laterale piegato a 90° all'altezza del bacino) unitamente ad alcune indicazioni pratiche da eseguirsi a casa dopo il risveglio.

► Risultati

Dei 104 operatori sanitari ai quali è stato consegnato il questionario (*figura 2*), il 100% ha risposto alle domande sui sintomi vaghi ed aspecifici, mentre il 93.2% ha completato tutte le risposte per un totale di 97 soggetti per i quali è stato possibile effettuare anche le correlazioni con età e professione.

In *tabella 1* è riportata la distribuzione per sesso e professione delle 68 femmine e 29 maschi la cui età media era rispettivamente di 44.28 anni (± 10.3) e 37.88 anni (± 8.4).

Complessivamente il 70.2% dei rispondenti ha segnalato almeno uno dei 4 sintomi e tra questi (*tabella 2*) il

Figura 1

Una fase del corso con utilizzo di fit balls



¹Servizio di Medicina Preventiva dei Lavoratori ULSS 3 Serenissima - Regione Veneto

²Direttore Ricerca e Sviluppo di Biotekna Biomedical Technologies

³Referente del corso di formazione ULSS 3 Serenissima - Regione Veneto

⁴Personal trainer, Docente del corso di formazione

Figura 2

Questionario: sintomi vaghi e specifici

Mansione	Sesso	Età
Negli ultimi mesi sono comparsi i seguenti sintomi		
1. Stanchezza e affaticamento persistente	Si	No
2. Insonnia persistente o risvegli notturni	Si	No
3. Mancanza dello stimolo della fame al risveglio	Si	No
4. Presenza di forte stimolo della fame a cena	Si	No
5. Test della forza: mantenere la stazione eretta con appoggio monopodalico sul lato dominante e gamba controlaterale flessa, con ginocchio all'altezza del bacino per almeno 16 secondi	Consentito	Si
		No

Se affermativo per i punti 1 - 2 - 5 è necessario resettare il master clock al mattino (dalle 5.00 alle 8.00 a digiuno):

- Esporsi al freddo per un minuto (per attivare il grasso bruno e favorire la termogenesi)
- Eseguire il biofeedback respiratorio per 5 minuti (con la respirazione diaframmatica 5 sec in - 2 secondi hold - 5 sec out)
- Warm-up 5' mediante High Intensity Interval training (HIIT)

Utilizzando gli strumenti che si hanno in casa che a titolo di esempio possono essere: la corsa (sul tappeto rotante), la bicicletta sui rulli, la spinning bike, la cyclette, il salto della corda, la corsa da fermo sul tappeto elastico, *burpees* (a partire dalla posizione prona sul tappeto, passare alla posizione accovacciata, eseguire un salto da fermo slanciando le braccia verso l'alto, ritornare alla posizione accovacciata e quindi nuovamente a quella prona) le scale di casa se presenti. Eseguire l'esercizio sino a raggiungere una frequenza cardiaca pari all'85% della FC_{MAX} ($fc_{max}=220-et\grave{a}$). È necessario un cardo frequenzimetro con fascia toracica (in alternativa gli orologi con tecnologia HR di ultima generazione). Attendere 10 minuti ed effettuare la colazione.

23.1% ha segnalato stanchezza persistente associata ad insonnia senza particolari differenze tra i 2 sessi, mentre la sola stanchezza segnalata complessivamente nel 15,4% riconosce una netta prevalenza nelle femmine rispetto ai maschi (rispettivamente 18.3% e 9.1%). Andamento opposto si

registra per l'insonnia e risvegli notturni (19.2% del totale) che vede nei maschi una prevalenza del 36.4% confrontato con l'11.1% delle femmine. Dalla *tabella 3* si può vedere come l'insonnia persistente o i risvegli notturni siano maggiormente a carico dei maschi (60.6% vs 32.8%) con un picco del 90% nella classe di età com-

presa tra i 43 ed i 47anni.

Si registra una maggiore prevalenza della stanchezza e dell'affaticamento persistenti nelle femmine rispetto ai maschi (37.3% vs 33.3%). Tra le femmine la maggior prevalenza è a carico della fascia di età al di sotto dei 30 anni (*tabella 4*).

Tra tutte le femmine che hanno risposto positivamente alla domanda della *tabella 4* le infermiere fanno registrare una prevalenza di stanchezza ed affaticamento persistente nel 45,7% rispetto alla prevalenza del 23,85% degli infermieri maschi. Il test della forza è stato superato da tutti.

► Discussione

La scelta di selezionare solo 4 domande tra le 19 che caratterizzano l'anamnesi standardizzata dei MUS riportata in letteratura⁴ risiede nel fatto che abbiamo proposto un'indagine su fattori di rischio di tipo personale in occasione di un intervento su un gruppo omogeneo di lavoratori e questo non poteva costituire un fattore di condizionamento nello svolgimento del corso stesso. Si è trattato pertanto di un intervento breve che doveva sembrare quasi propedeutico all'attività di palestra con i personal trainer. I risultati basati comunque su poche ma significative variabili ci dicono che il 23% di lavoratori sani reclutati per un corso di formazione pre-

Tabella 1

Distribuzione per sesso e professione

Sesso	Frequenza	Percentuale
Femmina		
Infermiere	35	51,5
OSS	33	48,5
Totale	68	100,0
Maschio		
Infermiere	21	72,4
OSS	2	6,9
OTA	6	20,7
Totale	29	100,0

Tabella 2

Risposte complessive al questionario

MUS	Genere (numero e %)		
	F	M	Tot
Stanchezza + insonnia	16 (22,5%)	8 (24,2%)	24 (23,1%)
Stanchezza	13 (18,3%)	3 (9,1%)	16 (15,4%)
Insonnia	8 (11,3%)	12 (36,4%)	20 (19,2%)
No fame al mattino, fame ++ sera	1 (1,4%)	2 (6,1%)	3 (2,9%)
No fame mattino	1 (1,4%)	1 (3%)	2 (1,9%)
++ fame sera	6 (8,5%)	2 (6,1%)	8 (7,7%)
No mus	26 (36,6%)	5 (15,2%)	31 (29,8%)
Totale	71 (100%)	33 (100%)	104 (100%)

Tabella 3

Insonnia/risvegli notturni

		Numero e %				
		> 30	31-42	43-47	> 48	Totale
Femmina						
Insonnia persistente o risvegli notturni	No	10 (76,9%)	5 (62,5%)	7 (58,3%)	23 (67,6%)	45 (67,2%)
	Sì	3 (23,1%)	3 (37,5%)	5 (41,7%)	11 (32,4%)	22 (32,8%)
Totale		13 (100%)	8 (100%)	12 (100%)	34 (100%)	67 (100%)
Maschio						
Insonnia persistente o risvegli notturni	No	6 (66,7%)	2 (20%)	1 (10%)	4 (100%)	13 (39,4%)
	Sì	3 (33,3%)	8 (80%)	9 (90%)	0 (0%)	20 (60,6%)
Totale		9 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Tabella 4

Stanchezza/affaticamento persistenti

		Numero e %				
		> 30	31-42	43-47	> 48	Totale
Femmina						
Stanchezza o affaticamento persistenti	No	6 (46,2%)	5 (62,5%)	7 (58,3%)	24 (70,6%)	42 (62,7%)
	Sì	7 (53,8%)	3 (37,5%)	5 (41,7%)	10 (29,4%)	25 (37,3%)
Totale		13 (100%)	8 (100%)	12 (100%)	34 (100%)	67 (100%)
Maschio						
Stanchezza o affaticamento persistenti	No	6 (66,7%)	7 (70%)	6 (60%)	3 (75%)	22 (66,7%)
	Sì	3 (33,3%)	3 (30%)	4 (40%)	1 (25%)	11 (33,3%)
Totale		9 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

sentano un importante *gap* energetico responsabile di "stanchezza persistente" verosimilmente causato da un'attivazione persistente dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (asse HPA) con probabile curva del cortisolo *flat* e attivazione persistente del sistema nervoso simpatico nella finestra del buio quale meccanismo in grado di spiegare l'"insonnia persistente e i risvegli notturni".

Se aggiungiamo le altre due domande integrative dei MUS (scarso appetito al risveglio e attacchi di fame notturna), che sottolineano sempre la perdita di circadianità di alcuni asset ormonali che fanno capo all'insulina e al glucagone, la percentuale di opera-

tori sanitari con almeno un sintomo vago ed aspecifico sale al 70.2%.

La distribuzione dell'insonnia tra i maschi nel 36.4% rappresenta un dato inedito che merita sicuramente delle verifiche, mentre la maggiore prevalenza della stanchezza nel sesso femminile conferma che tale sintomo risulta legato alla minor percentuale di tessuto muscolare scheletrico.

La concentrazione di questo sintomo nel 53% delle lavoratrici sotto i 30 anni si può spiegare ancora una volta con la difficoltà da parte di operatrici sanitarie più giovani ad adottare consolidate strategie di *coping* nei confronti di possibili *stressor* ambientali.

Infine il superamento da parti di tutti i lavoratori del test isometrico non ci consente di correlare questa variabile con le altre. Sarà indispensabile utilizzare un altro test per la valutazione della performance muscolare quale il *hand grip test*.⁶

► Conclusioni

Nella seconda parte del questionario, che veniva data in copia al lavoratore, era spiegata la modalità con la quale riequilibrare il *gap* energetico in caso di positività alle prime 2 domande e /o al test della forza.

Mediante un'interventistica semplice ed efficace finalizzata al ripristino del master clock (il cosiddetto orologio biologico) e praticata al risveglio nella finestra oraria che va dalle ore 5 alle ore 8 in corrispondenza dell'acrofase del cortisolo, veniva chiesto ai soggetti di esporsi al freddo per 2 minuti per attivare il grasso bruno ed aumentare la termogenesi dei cibi, effettuare una respirazione diaframmatica (5 sec in - 2 secondi *hold* - 5 sec out) e praticare l'HIIT (*high intensity interval training*)^{12,13} con 3 puntate all'85% della frequenza cardiaca massima. Dopo una pausa di 10 minuti era prevista la colazione completa possibilmente con nutrienti di pregio in linea con la cosiddetta dieta circadiana.

Riteniamo che questo programma, sostenuto da una forte evidenza di letteratura^{9,10}, sia proponibile per interventi di popolazione atti a modificare il *life style* dei soggetti attraverso obiettivi innovativi e praticabili soprattutto in operatori sanitari caratterizzati da un lavoro con una turnazione sulle 24 ore. La successiva valutazione del sistema nervoso autonomo mediante pletismografia¹¹ e la valutazione dell'analisi corporea mediante impedenzometria⁹ potrà confermare le alterazioni di cui i MUS rappresentano l'espressione più precoce.

Bibliografia disponibile a richiesta

Dottore, prima o dopo i pasti?

Gilberto Lacchia

Medico di medicina generale - Ivrea (TO) – <http://prescrivere.blogspot.com>

IL CASO

“Dottore, prima o dopo i pasti?”. Confesso che non sempre so rispondere con sicurezza a questa domanda. A parte farmaci di uso comune (levotiroxina/PPI/azitromicina a stomaco vuoto; FANS dopo i pasti, ecc), in altri situazioni è meno facile avere la risposta pronta. Il caso che segue è piuttosto particolare.

► Uomo di 74 anni, in sovrappeso, iperteso, con sindrome delle apnee notturne, cardiopatia ipertensiva, glaucoma, recente intervento di exeresi di adenoma surrenalico (morbo di Conn), ipotiroidismo. È in terapia con amlodipina, collirio (timololo/bimatoprost), levotiroxina, finasteride e alfuxosina.

► All'inizio del 2018 ha avuto una trombosi della vena centrale della retina. Inizialmente è stato scoagulato con warfarin, successivamente il cardiologo, che lo ha visto su richiesta dell'oculista, ha prescritto una terapia anticoagulante con rivaroxaban 20 mg. Il paziente dice di non aver avuto particolari istruzioni sulle modalità di assunzione e di aver cominciato ad assumerlo alle 17, due ore prima di cena, come faceva con il warfarin.

► Otto mesi dopo il paziente ha avuto una seconda trombosi retinica nell'occhio controlaterale; abbastanza affidabile nel seguire le sue terapie, garantisce di non essersi mai dimenticato di assumere l'anticoagulante. Data la situazione inusuale di una trombosi durante una terapia

anticoagulante, è stata richiesta una visita ematologica. La collega ha ipotizzato che l'effetto possa essere stato ridotto dall'assunzione della compressa a stomaco vuoto.

► La farmacocinetica del rivaroxaban è particolare: a dosi fino a 10 mg, l'assunzione a digiuno o dopo i pasti non ne influenza la biodisponibilità. Per le dosi di 15 o 20 mg, invece, l'assunzione a digiuno riduce la biodisponibilità al 66%; l'assorbimento aumenta fino a diventare pressoché completo prendendo il farmaco a stomaco pieno. Le compresse di rivaroxaban da 15 mg e 20 mg devono quindi essere assunte con il cibo, come indicato in scheda tecnica.

► Nel caso in questione, non credo che l'assunzione a digiuno possa essere stato l'unico fattore determinante la seconda trombosi retinica, ma può aver contribuito in un contesto ad alto rischio. Il fatto che noi non siamo i diretti prescrittori dei nuovi anticoagulanti può contribuire a non far arrivare ai pazienti informazioni importanti sulle modalità di assunzione.

► Indicazioni pratiche dalla letteratura

Un articolo da *Canadian Family Physician*, con una serie di domande e risposte e utili tabelle, fornisce consigli pratici su problemi comuni nei pazienti in terapia con i nuovi anticoagulanti orali (*Douketis J et al. Approach to the new oral anticoagulants in family practice. Can Fam Physician 2014; 60: 997-1001* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4229158/>).

• **Assunzione con i pasti:** si consiglia l'assunzione con i pasti di dabigatran per ridurre la dispepsia e di rivaroxaban per migliorare l'assorbi-

mento. Apixaban può essere assunto indifferentemente prima o dopo i pasti. Le compresse di rivaroxaban e apixaban possono essere frantumate se necessario, mentre le capsule di dabigatran non vanno aperte né masticate dato che ciò aumenta la biodisponibilità del 75%. L'uso di antiacidi apparentemente non interferisce con l'effetto.

• **Associazione di FANS o antiaggreganti:** è opportuno non associare FANS e antiaggreganti per il maggior rischio emorragico. L'uso di FANS per qualche giorno è probabilmente sicuro. In alcuni pazienti è giustificato associare ASA e clopidogrel, per esempio dopo l'inseri-

mento di stent coronarici, anche se con un aumento del rischio emorragico. Le linee guida ESC 2016 prevedono che il paziente fibrillante in cui è stato inserito uno stent continui la terapia con l'anticoagulante e associ ASA/clopidogrel/PPI per 1 mese se lo stent è stato inserito in elezione o 6 mesi se ha avuto un evento coronarico acuto che ha richiesto l'inserimento dello stent.

• **Procedure odontoiatriche:** per piccole estrazioni, detartrasi o terapie canalari si può continuare la terapia con anticoagulante facendo fare al paziente un lavaggio orale con acido tranexanico prima e dopo la procedura.

Disfunzione tiroidea nell'anziano

La valutazione delle patologie tiroidee nel paziente anziano dovrebbe essere personalizzata tenendo in debito conto le patologie e le terapie concomitanti

Fabio Monzani

UO Geriatria Universitaria, AOU di Pisa - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)

In Italia gli ultra 65enni sono all'incirca 13.8 milioni; in media l'80% della popolazione con età superiore ai 70 anni è affetta da almeno due malattie croniche, che necessitano di terapie giornaliere e di continui controlli ed esami specialistici. Non di rado i medicinali utili per una malattia potrebbero peggiorarne un'altra, per cui diventa indispensabile una valutazione d'insieme del paziente, soprattutto negli ultra 80enni, atta a valutare il grado generale di fragilità e comorbilità, incluso la condizione socio-familiare e il grado di autonomia funzionale.

La disfunzione tiroidea è di frequente riscontro negli anziani, con una prevalenza in aumento in relazione all'età. Peraltro, una tendenza "fisiologica" a un aumento dei valori di TSH è stata documentata nella popolazione più anziana, indipendentemente dalla presenza di una reale patologia tiroidea. Per questo motivo, è importante eseguire una valutazione tiroidea completa nei pazienti con incremento del TSH circolante, specialmente nei grandi anziani. Comunque, un valore di TSH superiore a 10 mUI/L dovrebbe essere considerato clinicamente rilevante e posto in relazione al quadro clinico complessivo del paziente, con particolare riferimento alla presenza o meno di "fragilità".

evidenza sintomatologica (ipotiroidismo subclinico) alla comparsa di sintomi e segni clinici progressivamente ingravescenti, conseguenza diretta del deficit ormonale periferico (ipotiroidismo conclamato). Mentre nel giovane adulto i sintomi associati all'ipotiroidismo sono di facile identificazione, nell'anziano il quadro clinico è spesso molto più sfumato ed i sintomi lamentati dai pazienti possono essere erroneamente interpretati come associati alle concomitanti patologie (comorbidity) piuttosto che all'ipofunzione tiroidea, soprattutto in corso di ipotiroidismo lieve/moderato. L'ipotiroidismo conclamato è stato associato ad un aumento della mortalità globale e dell'incidenza di eventi cardio- e cerebrovascolari.

Una corretta pratica clinica implica che la necessità della terapia sostitutiva nei pazienti anziani con ipotiroidismo subclinico sia valutata caso per caso, bilanciando attentamente i rischi e i benefici del trattamento e ponendo al centro dell'iter diagnostico/terapeutico non solo i livelli di TSH circolante, ma anche la presenza o meno di una effettiva patologia tiroidea così come le comorbilità e l'eventuale presenza di "fragilità".

Nell'anziano i sintomi e segni più frequentemente riscontrabili in corso di iperfunzione tiroidea sono: nervosismo, cardiopalmo, sudorazione, intolleranza al caldo, affaticabilità muscolare, diarrea, dimagrimento (con appetito conservato), tachicardia, aritmia (fibrillazione atriale), tremori, debolezza muscolare, dunque sintomi che possono essere facilmente confusi con altre patologie legate all'età. Pertanto, la diagnosi clinica di ipertiroidismo, soprattutto se lieve, può risultare difficoltosa per la presenza di un quadro sintomatologico spesso sfumato e la concomitante presenza di altre patologie che possono giocare un ruolo confondente.

L'ipertiroidismo favorisce lo sviluppo di fibrillazione atriale nonché il rischio di cadute accidentali e fratture da fragilità (sarcopenia e osteoporosi). Rispetto al giovane adulto, l'anziano risulta più vulnerabile all'eccesso di ormoni tiroidei; pertanto, in caso di ipertiroidismo conclamato, il trattamento va intrapreso tempestivamente. Anche nelle forme lievi o subcliniche è generalmente opportuno attuare un trattamento al fine di prevenire le complicanze cardiovascolari e metaboliche, soprattutto nei pazienti con preesistente patologia cardiovascolare e/o metabolica.

• Per approfondimenti

Pasqualetti G, Niccolai F, Monzani F. Disfunzione tiroidea nel paziente anziano. Come e quando trattarla. Pacini Ed. 2017.

► Ipotiroidismo

A livello clinico, le manifestazioni del deficit tiroideo si presentano come un continuum che va dall'assenza di

► Iperipotiroidismo

Come per l'ipotiroidismo, con l'avanzare dell'età si registra un incremento progressivo della sua prevalenza, specialmente nel sesso femminile.

Medicina di genere in pneumologia

L'interessamento polmonare e delle vie aeree inferiori nel genere femminile è più che significativo. Il dato anamnestico di genere costituisce rilevanza nel procedimento diagnostico per la diagnosi differenziale

Dario Fornari - *Pneumologo - Azienda Ospedaliera Spedali Civili Brescia*

Lo studio della medicina di genere ha come scopo non solo la valutazione delle differenze patobiologiche caratterizzanti i processi patogenetici e l'evoluzione delle malattie nei due sessi, ma anche la valutazione di determinanti ambientali, culturali e sociali in grado di influire in modo differente sullo stato di salute di uomini e donne.

In ambito respiratorio è universalmente noto che l'incremento dell'abitudine tabagica nelle donne ha determinato un incremento di incidenza di BPCO e tumore del polmone, che in passato erano quasi un'esclusiva del sesso maschile.

► Patologie respiratorie

► La BPCO è una malattia cronica prevenibile e trattabile, caratterizzata da persistenti sintomi respiratori e limitazione al flusso aereo, causata da alterazioni delle vie aeree correlata ad esposizione a noxae patogene inalatorie (fumo di sigaretta e inquinamento ambientale sono le principali). Attualmente una BPCO moderata-severa incide per il 14% negli uomini e per il 6% nelle donne di età >45 anni; tuttavia entro il 2020 è atteso un aumento della prevalenza pari al 50% negli uomini e al 130% nelle donne.

► Il genere femminile presenta, a parità di esposizione al fumo di tabacco, una più grave ostruzione bronchiale, che può essere imputata a vari fattori:

- minor calibro delle vie aeree e maggiore reattività bronchiale;
- spesso le donne fumano sigarette "light", ritenendole meno dannose, ma così ne fumano di più;
- tendono ad aspirare più profondamen-

te e frequentemente la sigaretta, così da far rimanere il fumo più a lungo negli alveoli con maggior danno tossico;

• studi hanno dimostrato che gli estrogeni attivano gli enzimi del complesso citocromo P450, cosicché le donne sono più suscettibili al danno ossidativo da fumo di sigaretta.

► In relazione all'ambito occupazionale il rischio respiratorio per le donne è correlato anche a sostanze detergenti, sterilizzanti, disinfettanti, gas anestetici, pesticidi, polveri organiche, chimiche e solventi.

► Il tumore del polmone si associa a una diagnosi in età significativamente inferiore rispetto al genere maschile; ciò è legato alla predisposizione genetica, agli ormoni sessuali ed a specifiche alterazioni molecolari, unitamente a fattori di tipo epidemiologico e clinico.

► L'asma bronchiale è una malattia eterogenea, generalmente caratterizzata da una infiammazione cronica delle vie aeree. L'infiammazione nell'asma può essere significativamente modulata dagli alterati rapporti e fluttuazioni degli ormoni sessuali. Infatti si osserva che l'asma nelle donne varia in relazione alle fasi endocrinologicamente di maggior significato durante la vita della donna, (gravidanza, ciclo mestruale, menopausa). È doveroso sottolineare come l'asma in gravidanza richieda sempre una regolare ed opportuna terapia inalatoria, in quanto il non controllo dell'asma stesso può provocare eventi come preeclampsia, diabete gestazionale, emorragie vaginali pre e post-partum.

Un altro grande capitolo respiratorio di interesse è quello delle pneumopatie

infiltrative diffuse, caratterizzato da differenti presentazioni cliniche ed epidemiologiche tra i due sessi, in relazione a fattori biologici, anatomici, ormonali, genetici, nonché a specifiche esposizioni ambientali. Per esempio, la linfangioleiomiomatosi (LAM) è tipica esclusivamente delle giovani donne, per un'incidenza tra 3.3 e 7.4 casi/1.000.000 abitanti. Il polmone è interessato da diffuse cisti di vario diametro con sintomi quali la dispnea, il broncospasmo, l'emottisi o il pneumotorace; la diagnosi avviene in donne in età riproduttiva.

Altre malattie del collagene-vascolari interessanti prevalentemente il polmone femminile sono:

- sclerosi sistemica (sclerodermia) con aspetti fibrosanti nel polmone e ipertensione polmonare;
- Lupus eritematoso sistemico (LES) che colpisce 9 donne per ogni uomo, con prevalenza femminile in riduzione con l'invecchiamento;
- polimiosite/dermatomiosite, caratterizzata da autoanticorpi anti-Jo1, nel caso di interessamento polmonare;
- sindrome di Sjögren, vasculiti, artrite reumatoide, polmonite eosinofila cronica.

L'interessamento polmonare e delle vie aeree inferiori nel genere femminile è quindi più che significativo e il dato anamnestico di genere costituisce allora rilevanza nel procedimento diagnostico anche multidisciplinare per la diagnosi differenziale.

• *Articolo tratto da Brescia Medica 2019 (www.ordinemedici.brescia.it)*

Migliorare la compliance con il Teach Back Method

Le abilità di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti vengono spesso sovrastimate, dando per scontato che le informazioni siano state comprese completamente. Il metodo Teach Back, semplice e veloce da utilizzare in pratica clinica, garantisce una miglior compliance del paziente

Serena Bonaldo - Infermiera

Giuseppe Maso - Medico di famiglia, prof. di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Sappiamo bene come tra medico e paziente sia necessaria una comunicazione efficace per evitare che la maggior parte delle informazioni trasmesse durante un colloquio vengano dimenticate nel giro di poco tempo. Uno dei metodi utilizzati per raggiungere questo scopo è il *Teach Back Method*.

Questo metodo consiste nel far ripetere al paziente, con parole proprie, quanto appena spiegato per testarne l'apprendimento, verificare l'efficacia della comunicazione e apportare le eventuali correzioni alle informazioni risultate inaccurate. La comprensione del paziente è confermata quando è in grado di ripetere correttamente quanto appena detto dal professionista.

Per far ciò il professionista deve attuare delle semplici "domande guida" seguendo un semplice percorso:

1. Mettere il paziente a proprio agio.
2. Verificare la comprensione con frasi aperte come: "mi aiuti a capire se le ho detto tutto?", "vediamo se sono stato chiaro, cosa dirà a suo marito?", "spiego queste cose molto spesso, voglio essere sicuro di non aver dimenticato nulla, per cui le va di spiegarmi che cosa farà da domani?".

3. Dopo aver ascoltato il paziente correggere immediatamente i punti della spiegazione che risulteranno essere meno accurati.

4. L'utilizzo del Teach Back Method ha molti effetti positivi, comporta una migliore conoscenza della propria patologia, una maggior capacità di autogestione e un aumento nell'aderenza ai trattamenti anche nelle patologie croniche.^{2,3}

► Obiettivo

L'obiettivo del nostro lavoro è di verificare come l'utilizzo del Teach Back Method possa migliorare la comunicazione professionista sanitario-paziente ed aumentare l'aderenza dei pazienti ai trattamenti.

► Materiali e metodi

Per rilevare il livello di comprensione, delle informazioni ricevute, abbiamo utilizzato un questionario prima e dopo l'applicazione del Teach Back Method nei pazienti di uno studio di un medico di famiglia nella provincia di Venezia. Il questionario è stato somministrato nel mese di agosto e settembre 2018, nei giorni e negli orari di apertura dell'ambulatorio.

• Strumento utilizzato

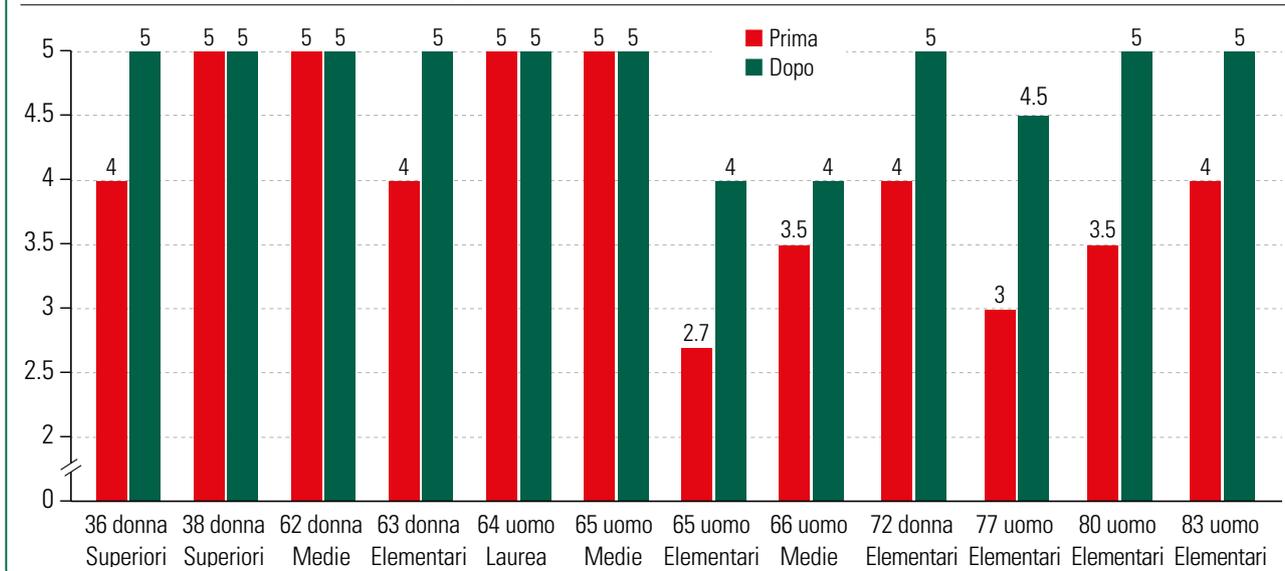
Per la raccolta dati è stato utilizzato uno strumento di misurazione soggettiva (allegato 1), che comprendeva due tabelle contenenti le tre variabili analizzate (cambiamenti nella terapia, cambiamenti nello stile di vita e ulteriori accertamenti da effettuare) a cui, a seconda dell'argomento trattato durante il colloquio con il medico, doveva essere attribuito un punteggio su scala Likert 1-5 (dove 1 corrispondeva a "nulla" e 5 a "tutto"), in merito al grado di comprensione percepito dal paziente.

La prima tabella è stata compilata immediatamente dopo la visita ed il colloquio con il medico, mentre, la seconda, è stata compilata successivamente all'utilizzo del Teach Back Method.

I punteggi ottenuti da ciascun paziente sia nel "prima" che nel "dopo" l'applicazione del metodo, sono stati ottenuti calcolando la media aritmetica fra i valori indicati nelle diverse variabili analizzate, in modo tale da ottenere un singolo valore di riferimento compreso fra 1 e 5 con lo scopo di confrontare, per ciascun paziente, i rispettivi punteggi "prima" e "dopo" l'applicazione del metodo per determina-

Figura 1

Applicazione del Teach Back Method



re se questo ha comportato un aumento del punteggio e quindi un incremento nella comprensione delle informazioni trasmesse.

► Risultati

• Campione

Il campione preso in esame era costituito da 12 pazienti, 7 uomini e 5 donne, suddivisi secondo le seguenti fasce di età: 18-40 anni (16.7%), 41-64 anni (25%) e >65 anni (58.3%).

• Applicazione del Teach Back Method

Nella figura 1 si evidenziano i punteggi “prima” e “dopo” l’applicazione del metodo, in correlazione con l’età e il titolo di studio. Per quanto riguarda i punteggi, ad eccezione dei quattro casi in cui si è verificata una parità di punteggio fra “prima” e “dopo”, il Teach Back Method si è dimostrato efficace evidenziando un netto miglioramento dopo l’applicazione con un punteggio medio di

differenza di 1.1 punti in più.

I punteggi ottenuti sono poi stati correlati alle variabili età e titolo di studio. Nei 5 pazienti di età compresa fra i 36 anni e i 64 anni, i cui titoli di studio risultano essere più elevati, il grado di comprensione iniziale dichiarato è stato molto alto con una media di 4.6 punti. Al contrario, nei 7 pazienti over 65, i cui titoli di studio sono di grado inferiore, il grado di comprensione iniziale dichiarato è stato inferiore (ad eccezione di un caso), con una media di 3.7 punti.

► Conclusioni

Il personale sanitario molto spesso sovrastima le abilità di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti, pensando che le informazioni date siano state comprese completamente. Utilizzare il Teach Back, nella pratica clinica garantisce una miglior compliance al paziente.² Questo metodo è semplice da utilizzare, è applicabile in tutti conte-

sti e da qualsiasi professionista sanitario, richiede pochi minuti, non incide sui tempi di lavoro del professionista, riduce il rischio di errore, permette di evidenziare alcuni punti chiave della spiegazione e aumenta l’aderenza ai trattamenti.

Bibliografia

1. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician* 2015; 92(2): 118-24.
2. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database System Reviews and Implementation Reports* 2016; 14(1): 210-47.
3. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2016; 99(7): 1079-1086.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF “Questionario per valutare il grado di comprensione delle informazioni sanitarie dei pazienti”

Cosa ci si aspetta dalla relazione terapeutica

Descritto ciò che i pazienti si aspettano dal curante, si passano in rassegna le principali caratteristiche che un medico deve avere per rispondere alle esigenze della Medicina della complessità, accennando al modo per acquisirle

Stefano Alice*, **Fabiana Ciullo****
Mara Fiorese*, **Artiola Islami***
Maurizio Ivaldi*

*Medicina Generale, Genova

**Dottore in Scienze

e Tecniche Psicologiche, Genova

► Cosa si aspetta il paziente da chi lo cura?

Sul piano generale, ci sembra che la risposta più semplice ed esauriente sia che il paziente si aspetta di ottenere un sollievo alla propria sofferenza. Ma la pratica ci insegna che assai spesso le aspettative del paziente sono molto più precise.

È un fatto che non deve stupire perché nella maggior parte dei casi è il paziente a scegliere quando e per che motivo consultare un medico e soprattutto, se gli è possibile, a scegliere da quale medico farsi visitare.

Oltretutto il paziente ha quasi sempre un suo punto di vista sul problema che lo affligge e, qualche volta, ha un'idea precisa circa gli esami a cui pensa di dover essere sottoposto o sulla cura che dovrebbe essergli prescritta; per di più già al termine del primo incontro il paziente si sarà fatto una sua opinione sul medico, che ha avuto di fronte, interpretandone l'atteggiamento a suo modo; così pure il paziente avrà suscitato delle reazioni nel medico, di cui sarebbe bene che il professionista fosse consapevole.

Ecco perché la relazione, oltre ad essere parte centrale del processo di cura ed a richiedere buone capacità di comunicazione, ha tra i suoi aspetti costitutivi quelli conflittuali e di conseguenza richiede strategie negoziali.

In ultimo va ricordato che niente

vieta ad un paziente poco convinto di non seguire affatto i consigli e le prescrizioni del medico, al quale sono, dunque, richieste capacità di persuasione.

Se in passato si riteneva che trattare con gentilezza il paziente fosse un fatto di buona educazione, oggi si è consapevoli che la relazione medico-paziente modifica il decorso della malattia ed influisce sul risultato delle cure.

Sul piano neurologico è stato dimostrato come durante la relazione di cura si attivino dei sistemi neuronali che favoriscono od ostacolano la guarigione (F. Benedetti, *The patient's Brain*, Oxford University Press, 2011).

Se la relazione medico-paziente è buona, ad esempio, si attivano neuroni che contrastano le *pathways* tipiche dell'infiammazione cronica, che attraverso l'asse ipofisi-ipotalamo-surrene generano risposte pro-infiammatorie.

Un buon medico non può, quindi, essere un osservatore a distanza del paziente, non è parte neutra; al contrario è un attivo protagonista di una relazione autentica e come tale gli è richiesto coinvolgimento e non distacco, presenza mentale e non solo fisica, in altre parole gli è richiesta una attenzione diversa e più vera, all'insegna di empatia, ascolto, apertura e sincerità.

Su un piano culturale questo significa che si è passati da una visione oggettivista della cura ad

una costruttivista, che presta importanza ai fattori che modulano la relazione, legati alla struttura di personalità dei soggetti interagenti ed ai fattori che emergono nella relazione (chi sono io per il paziente e chi è lui per me?).

► Cosa si aspetta la professione dai suoi adepti?

Le principali caratteristiche che il medico deve oggi avere sono ben riassunte così: capacità di integrazione delle diverse conoscenze, competenze tecniche specifiche della disciplina, abilità di relazione, adattamento al contesto organizzativo, capacità di affrontare la complessità delle situazioni, positività delle abitudini mentali con capacità di osservare le proprie emozioni e riconoscere gli errori (Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226-35).

Dopo il doveroso richiamo delle competenze tecniche scientifiche, risalta l'insistenza sulle *non technical skills*, su quelle competenze trasversali, sovente definite soft, che riguardano soprattutto l'ambito relazionale; le abilità soft, infatti, sono quelle che ci consentono di capire gli altri, comprendendone emozioni e sentimenti. Una insistenza che non stupisce, se si tiene presente che la loro utilità non è limitata al pur importantissimo ambito del rapporto col paziente, esse infatti risultano fondamentali anche per un altro motivo: accrescono la capacità di lavorare in gruppo e di cooperare per il raggiungimento degli obiettivi, che sono doti vitali per il management.

Capacità relazionali e di gestione sempre più richieste al medico

per la necessità, che contraddistingue questi anni, di dover curare casi "complessi", ovvero non tanto pazienti affetti da una malattia acuta, ben precisa e destinata a risolversi in un modo o nell'altro, quanto piuttosto di dover affrontare problemi di difficile definizione, che insorgono in malati cronici, nella maggior parte dei casi anziani, che sono affetti da più malattie contemporaneamente (comorbidità), per le quali assumono numerosi farmaci (polifarmacoterapia) con conseguente aumentato rischio di eventi avversi.

► Medicina delle complessità e formazione

Oggi il paziente tipico è una persona anziana con molteplici malattie croniche; in questi casi: l'approccio di cura è multidisciplinare e multiprofessionale; i problemi sanitari hanno ripercussioni sull'autonomia funzionale, che comportano ineliminabilmente problemi psicologici, sociali ed economici (effetto domino); al medico sono richieste al contempo competenze tecniche, relazionali ed organizzative.

Per vincere la sfida che la Medicina delle Complessità rappresenta il medico deve essere adeguatamente formato.

Soprattutto l'acquisizione delle *soft skills* rappresenta un problema per la Pedagogia Medica, apertasi in questi anni a tecniche innovative, che prevedono l'uso

didattico delle simulazioni non solo per l'addestramento tecnico ma anche per l'apprendimento delle capacità di comunicazione e per la ristrutturazione dei modelli mentali.

Al momento, per quanto riguarda le *soft skills*, si può affermare che tali abilità, per quanto un inquadramento teorico sia imprescindibile, si acquisiscono principalmente attraverso la didattica tutoriale ovvero osservando i comportamenti virtuosi e produttivi di persone competenti sotto il profilo relazionale.

Scrive, infatti, Albert Bandura: "La maggior parte del comportamento umano viene appreso osservando attraverso la modellazione: dall'osservazione degli altri, si forma un'idea di come vengono eseguiti i nuovi comportamenti, e in seguito le informazioni codificate servono da guida per l'azione" (Social Learning Theory, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1977).



Bibliografia

- Alice S et al. Medico e paziente tra armonia e conflitto. *M.D. Medicinae Doctor* 2019; 4: 12-13.
- Botto ME. Medici buoni e pazienti cattivi? *Genova Medica* 2019; 1: 16-17.
- Carelli F, Alice S. Mmg è ora di "comunicare". L'esperienza sul campo non basta: le abilità relazionali vanno insegnate. *Sole 24 Ore Sanità* 2008; 2: 15-21.

Donazioni e trapianti sicuri? Serve l'aiuto del medico di famiglia

Nella valutazione della selezione dei donatori il Mmg è una fonte inesauribile ed inestimabile di informazioni cliniche e sociali del paziente

Chiara Semenzato - *Giornalista OMCeO Provincia di Venezia*

Rafforzare il dialogo con i medici di famiglia per diffondere il più possibile la cultura della donazione: è uno degli obiettivi del convegno "Donazioni: vite per la vita" (23.3.2019) organizzato al Centro Urbani di Zelarino dalla Fondazione Ars Medica, per conto dell'OMCeO veneziano, in sinergia con la Fondazione Banca degli Occhi. Riportiamo una breve sintesi (il testo integrale è disponibile in <http://ordinemedicivenezia.it>). Una figura centrale dunque quella del Mmg nel percorso che porta dalla donazione al trapianto. Per alcune ragioni:

- grazie al rapporto privilegiato di conoscenza e di fiducia con i pazienti, può riuscire a trasmettere loro il senso e la necessità del dono, tutte quelle buone informazioni, utili e corrette, per dare alle persone la possibilità di fare una riflessione ragionata e una scelta convinta;
- il Mmg agisce sul territorio, su un vasto bacino di utenza, proprio lì dove enti e associazioni hanno bisogno di arrivare. "Siete nostri compagni di lavoro silenziosi, indispensabili nel processo per determinare la sicurezza e la qualità dei tessuti che vengono donati. Dalla donazione al trapianto chiediamo spesso il vostro aiuto" - ha spiegato **Diego Ponzin**, direttore medico della Fondazione Banca degli Occhi, eccellenza territoriale, riconosciuta a livello nazionale ed europeo in materia di trapianti di cornee.

"Credo sia molto importante - ha commentato **Ornella Mancin**, presidente di Ars Medica - riscoprire il senso e il valore del dono. Il dono corrisponde a una modalità di essere: nel caso della donazione si dà qualcosa di così tanto importante da permettere a qualcun altro di vivere. Per noi Mmg, che dobbiamo aiutare i parenti del possibile donatore ad accettare il loro momento di lutto e a viverlo nel modo migliore, è fondamentale conoscere tutti i passaggi".

La parola è poi passata a chi lavora ogni giorno sul campo alla Banca degli Occhi di Mestre e a quella dei Tessuti di Treviso, altra eccellenza territoriale. **Diego Ponzin** ha parlato della donazione e del trapianto di tessuti oculari, di dimensioni piccolissime e trasparenti, spiegando come il contatto con i Mmg sia fondamentale per garantire il grado di sicurezza del trapianto.

► Anamnesi e informazioni attuali

Più specificatamente sulla funzione dei medici di famiglia si è poi soffermata **Ilaria Zorzi** (Banca degli Occhi). "Per noi - ha spiegato - è una buona pratica raccogliere l'anamnesi dei nostri donatori con i Mmg. I tessuti ci arrivano accompagnati dalla documentazione clinica del donatore e il nostro lavoro è assicurarci che abbiano avuto una storia clinica tale per cui i tessuti siano liberi dalla possibilità di trasmet-

tere patologie al ricevente. Dai Mmg, che sono per noi la figura più efficace in questo senso, raccogliamo informazioni non solo precise ma anche attuali. Vi racconto due episodi che hanno permesso di escludere due pazienti. Nel primo caso, una 'familiarità sconosciuta per Jakob Creutzfeldt disease': il Mmg ha riferito alla banca semplici 'voci di paese', che però hanno permesso di fare scattare un accertamento clinico e di aprire una questione medica mai considerata in precedenza, e neppure sospettata, per quel paziente. Nel secondo caso il Mmg ha raccontato di 'recenti e strani problemi relazionali della paziente sul lavoro, una sorta di cambio di personalità' che poteva far pensare a problemi di tipo neurologico. Elementi utili per completare la selezione e che, dopo i dovuti accertamenti, hanno spinto la banca a decidere di non avere un grado di sicurezza tale da permettere il trapianto.

Il rischio che abbiamo corso è stato di distribuire tessuti potenzialmente pericolosi. Nella valutazione della selezione dei donatori, dunque, il Mmg è una fonte inesauribile e inestimabile di informazioni, oltre all'anamnesi patologica, porta dettagli sia della vita sociale sia del contesto ambientale del paziente. Ci permette di aprire dubbi clinici fino a quel momento mai considerati o di risolvere questioni rimaste aperte rispetto alla causa o alle circostanze del decesso del donatore".