

M.D.

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

Anno XXII, numero 6 - Settembre 2015

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

IN QUESTO NUMERO

RIFLETTORI 6

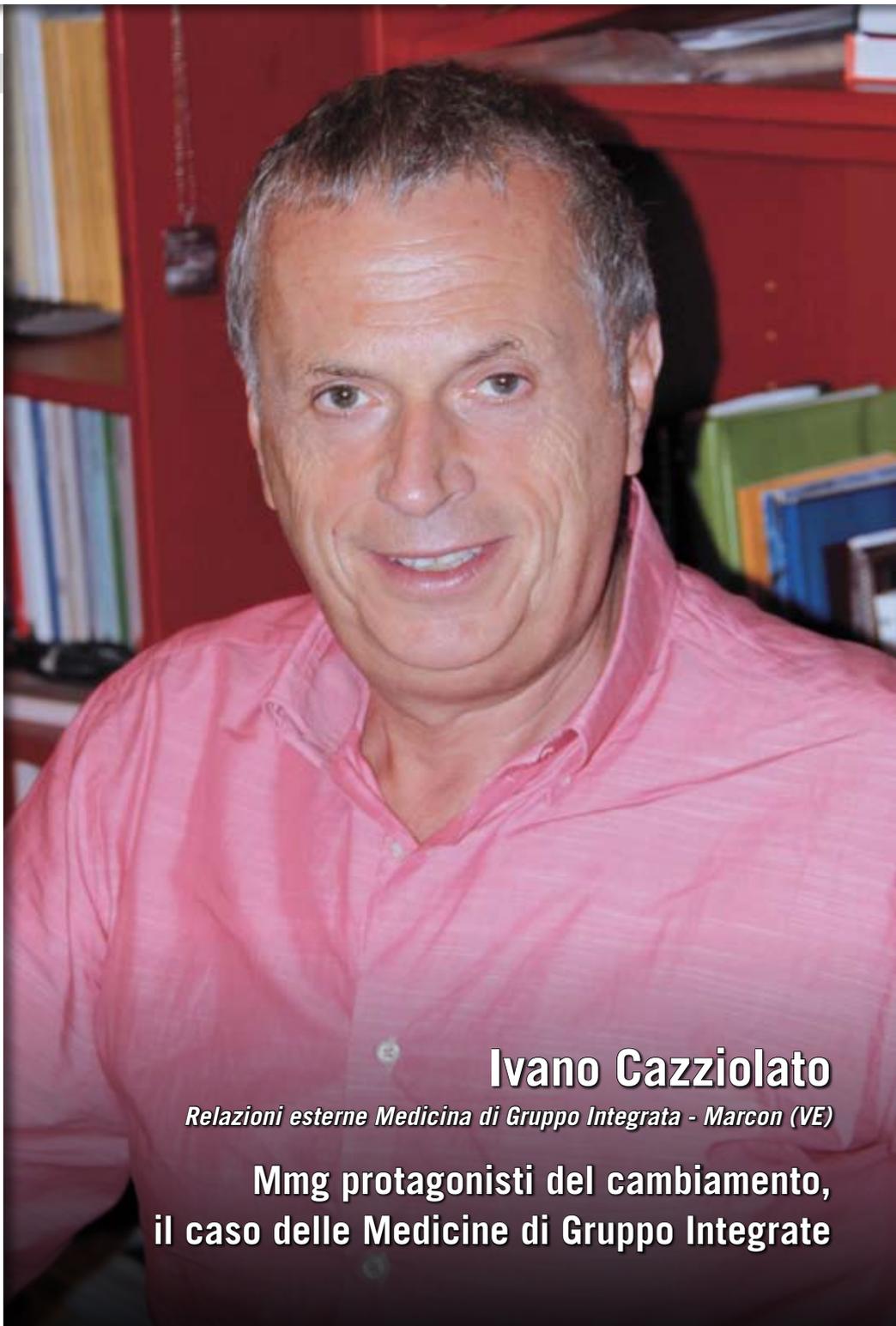
La responsabilità patrimoniale dei medici del Ssn da ipotesi a quasi realtà

IL CASO 13

Agli ISF è vietato entrare negli studi dei Mmg abruzzesi con smartphone e tablet

RASSEGNA 30

Malattie cardiovascolari e sindrome delle apnee ostruttive notturne



Ivano Cazzolato

Relazioni esterne Medicina di Gruppo Integrata - Marcon (VE)

**Mmg protagonisti del cambiamento,
il caso delle Medicine di Gruppo Integrate**



M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli
Valeria Fontana

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Mmg protagonisti del cambiamento, il caso delle Medicine di Gruppo Integrate 5
- **Riflettori**
Il governo torna alla carica sulle prescrizioni inappropriate 6
- **Convenzione**
Rinnovo dell'Acn a prova di ostacoli 8
- **Professione**
Vaccinare, sì, ma in sicurezza: un appello al ministro della Salute 12
- **Il caso**
No a smartphone e tablet per gli ISF negli studi dei Mmg abruzzesi 13
- **Note stonate**
Digitalizzazione a colpi di intimidazione 14
- **Contrappunto**
Il caso osteoporosi e la protesta dell'OMCeO 16
- **Tribuna**
Il dilemma di un collega britannico 17
- **Italia sanità**
Fascicolo Sanitario Elettronico verso il traguardo? 18

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Congresso ESC 2015: cosa c'è di nuovo in cardiologia? 22
- **Medicina preventiva**
Screening del sangue occulto riduce incidenza di Ca coloretale 24
- **Laboratorio**
Malattie renali e CV: valore predittivo dell'esame delle urine 25
- **Diabetologia**
Nuova formulazione di metformina a rilascio prolungato 26
- **Neurologia**
Evoluzione del trattamento nella malattia di Parkinson 27
- **Malattie infettive**
Norme igieniche prevengono il citomegalovirus in gravidanza 28

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
Malattie cardiovascolari e OSAS 30
- **Documenti**
Appropriatezza terapeutica degli IPP 34
- **Clinica**
Deficit cognitivi in medicina generale 37
- **Pratica medica**
Apatia e iniziale demenza di Alzheimer 38
- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 40
- **Focus on**
Attualità sul tumore mammario 42
- **Esperienze**
Teatroterapia nella malattia oncologica 44

Mmg protagonisti del cambiamento, il caso delle Medicine di Gruppo Integrate

Il fulcro della riorganizzazione della medicina territoriale del Veneto saranno le Medicine di Gruppo Integrate (MGI). La Regione l'ha messo nero su bianco (BUR n. 54 dell'1.06.2015), avendo già approvato questo modello con un provvedimento *ad hoc* nell'ottobre del 2013. La decisione viene da lontano e, diversamente dalla consuetudine a cui siamo abituati, non cade dall'alto. Soggetti fondamentali di questo cambiamento sono stati i medici - in particolar modo i Mmg che avevano già un'esperienza di lavoro di gruppo - reattivi alla delibera regionale del 2011 con cui si cercava di cominciare a declinare quanto dettato dal decreto Balduzzi. Uno dei primi centri del Veneto di MGI è nato a Marcon, ma il cammino per arrivare al riconoscimento istituzionale non è stato affatto semplice, come testimonia a **M.D. Ivano Cazzolato**, Mmg e rappresentante delle relazioni esterne della MGI di Marcon (VE).

“È un'idea nata nel 2011 - conferma Cazzolato -. A dire il vero la possibilità mi è balenata in occasione di una visita a un mio paziente costruttore che mi ha confidato di un suo progetto: realizzare un centro dove, accanto ad attività commerciali, trovasse spazio anche una “cittadella” della salute. Ho messo a conoscenza gli altri miei due colleghi dell'allora medicina di gruppo. Da soli non potevamo realizzarla una MGI, così abbiamo coinvolto i medici che a Marcon erano in associazione. Con loro ci siamo incontrati e confrontati con cadenza settimanale per due anni”.

I medici di Marcon hanno guardato lontano portando il loro progetto dentro le stanze della Regione, cercando di avere lumi su criticità, risorse e opportunità per realizzarlo. E così hanno dato vita a una struttura sanitaria dove operano al suo interno, su piani differenti, loro, i pediatri, e presto collaboreranno alcuni specialisti della Asl e la Guardia Medica.

Ogni paziente continuerà a essere seguito dal proprio Mmg, ma potrà nella stessa struttura effettuare visite specialistiche, alcuni esami di laboratorio e strumentali. In particolare verranno effettuati direttamente per i pazienti in trattamento anticoagulante, l'INR, fornendo subito il risultato e l'aggiustamento in tempo reale della terapia con warfarin per tutti gli utenti in carico alla MGI.

“Era fondamentale che la rete territoriale, per poter gestire i nuovi bisogni di salute e assistenza, nascesse dal basso. Dovevamo ricompattarci e lo abbiamo fatto attorno a un progetto”.

Un progetto che si è rivelato vincente su cui ha investito la Regione Veneto che con la firma del “contratto di esercizio aziendale” ha posto le basi per la realizzazione delle MGI entro il 2018. I Mmg resteranno dei liberi professionisti, ma ogni MGI regolerà il rapporto con l'Azienda sanitaria con un proprio “contratto di esercizio”.



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

Il governo torna alla carica sulle prescrizioni inappropriate

In questi ultimi mesi il ministro della Salute si è speso per assicurare sull'eventuale introduzione della responsabilità patrimoniale per i medici (dipendenti e convenzionati), rei di prescrizioni diagnostiche inappropriate, poi la recente svolta: "Le sanzioni per i medici che non prescrivono come devono sono previste e riguarderanno il salario accessorio". Queste dichiarazioni, sommate all'approvazione a fine luglio del maxi emendamento sugli Enti Locali, da parte del Senato, e i provvedimenti resi noti dal Commissario alla *spending review*, preannunciano tempi difficili per i camici bianchi, soprattutto per i medici di medicina generale

Giuseppe Belleri

Medicina Generale, Flero (BS)

Verso la fine di aprile la proposta di introdurre la responsabilità patrimoniale per i medici (dipendenti e convenzionati) rei di prescrizioni diagnostiche inappropriate aveva provocato lo sconcerto della categoria e delle organizzazioni degli assistiti. Secondo l'emendamento elaborato dalla Conferenza delle Regioni entro 30 giorni dall'entrata in vigore le Regioni dovevano stabilire le indicazioni prioritarie e le condizioni di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica (ecografie, TAC, risonanze, esami ematici ecc.). In caso di violazione dei protocolli di appropriatezza era prevista una riduzione del trattamento economico accessorio, nel caso di dipendenza, o degli incentivi economici per i medici convenzionati.

A seguito delle proteste, la proposta di far pagare ai medici gli esami diagnostici prescritti in modo inappropriato era stata criticata pubblicamente e di fatto accantonata dallo stesso ministro della Salute, con una dichiarazione che aveva tran-

quillizzato tutti. Invece, in pieno clima vacanziero, con un clamoroso voltafaccia, rispunta in un'intervista domenicale a *La Repubblica* del responsabile per la *spending review*, l'economista Itzhak Yoram Gutgeld e viene subito inserita con un colpo di mano parlamentare nel maxi emendamento del governo al disegno di legge enti locali approvato dal Senato. A ciò si aggiunge la recente dichiarazione di Beatrice Lorenzin: "Le sanzioni per i medici che non prescrivono come devono sono previste e riguarderanno il salario accessorio".

► L'eterno ritorno

Quest'ennesima iniziativa di promozione per legge dell'appropriatezza diagnostica è criticabile per due ordini di motivazioni generali. Prima di tutto perché in caso di sintomi specifici non si possono applicare criteri di appropriatezza pre-definiti in astratto che, è bene ricordarlo, sono per definizione codificati partendo

da popolazioni selezionate e disturbi specifici. In secondo luogo la parte pubblica, con questa proposta, applica al delicato settore delle prestazioni diagnostiche la logica punitiva ispiratrice delle Note Cuf (poi Aifa) per i farmaci a carico del Ssn: chi sbaglia paga!

Come ho sottolineato in un precedente articolo (*M.D.* 2015; 4:14), a suo tempo una delibera regionale lombarda di analogo contenuto - l'obbligo della diagnosi per le richieste di indagini cliniche - fu 'contestata' dai sindacati con argomentazioni valide anche per questa tematica affine. In entrambi i casi vale la distinzione tra conoscenza a priori o ex-ante (implicita nelle linee guida e nei protocolli di appropriatezza) e quella invece che si concretizza via via nel corso del processo clinico. Va da sé che questo approccio è tipicamente a posteriori, o ex-post, e si realizza sia nella fase diagnostica sia in quella terapeutica, in un processo interattivo, di aggiustamento progressivo tra rappresentazione

della realtà ed esiti degli interventi diagnostico-terapeutici. La dialettica tra conoscenze a priori (linee guida, criteri, percorsi diagnostici, ecc.) e a posteriori vale in particolare per le indagini diagnostiche prescritte per la valutazione di un rischio biologico e per l'inquadramento diagnostico dei disturbi aspecifici, osservati in Medicina Generale.

La logica a priori irrigidisce il processo conoscitivo-terapeutico in schemi fissi e teoricamente adatti a tutte le situazioni, trascurando sia i casi particolari, sia la multiforme casistica di disturbi aspecifici di presentazioni atipiche, di sintomi strani e bizzarri, che non superano la soglia diagnostica e restano sospesi come in una sorta di limbo clinico.

Per le caratteristiche epidemiologiche della MG, non è sempre possibile abbinare alla prescrizione di un esame una chiara diagnosi o ipotesi diagnostica e di riflesso individuare alcuni accertamenti appropriati, predefiniti in modo rigoroso e univoco. Si tratta della parte tacita e non codificabile della professione medica, inerente alla peculiarità della disciplina; il medico di medicina generale deve affrontare quotidianamente sintomi bizzarri, vaghi, aspecifici, indefiniti, al confine tra fisiologia e patologia, soma e psiche, funzionale e organico, che raramente arrivano all'attenzione della medicina di secondo livello, difficili da schematizzare e ricondurre a modelli standardizzati di comportamento e decisioni appropriate.

► I sintomi medici inspiegabili

Esiste una categoria di assistiti che esemplifica in modo peculiare queste difficoltà pratiche e costituisce nel contempo una delle maggiori sfide diagnostiche per il medico di

famiglia: gli assistiti che presentano i cosiddetti MUS (*Medical Unexplained Symptom*), acronimo inglese che sta a indicare i sintomi medici inspiegabili. Le statistiche dicono che questi disturbi rappresentano il 15-30% delle consultazioni ambulatoriali e restano inspiegabili anche dopo accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche ripetute. Il guaio è che l'etichetta di MUS è attribuita dopo che sono stati portati a termine uno o più tentativi per trovare una spiegazione diagnostica sulla base di indagini cliniche.

È quindi logicamente impossibile stabilire a priori se un assistito è portatore di uno di questi sintomi e, d'altra parte, la fenomenologia clinica dei MUS è così variabile e multiforme che è praticamente impossibile stabilire, sempre a priori, quali siano gli accertamenti appropriati per ogni singolo caso. In queste situazioni, a quale *pool* di criteri di appropriatezza diagnostica si dovrà fare riferimento per prescrivere accertamenti in modo corretto, onde evitare di pagare di persona per esami inappropriati? Il compito è praticamente impossibile dal punto di vista metodologico e pratico.

► Un proposito velleitario

L'annunciata manovra governativa è un proposito velleitario e controproducente e le ricadute saranno tutte sugli assistiti, costretti a fare la spola tra un ambulatorio e l'altro, da uno specialista all'altro per fare gli esami, per poi finire in un centro privato dove mettendo mano al portafoglio si può fare di tutto e di più. Ecco quindi il primo vero provvedimento di privatizzazione (mascherata) della sanità, camuffata da promozione dell'appropriatezza. A parte l'intrinseca difficoltà di stabili-

re quali sono gli esami giusti in ogni situazione e di applicare i relativi protocolli, questa norma sarà la pietra tombale per la più grande rivoluzione e semplificazione burocratica, a costo zero per il sistema e gli ammalati, ma purtroppo ancora lettera morta in molti contesti: vale a dire l'obbligo per lo specialista, a norma di convenzione e delibere regionali, di prescrivere ulteriori accertamenti per rispondere al quesito clinico del Mmg utilizzando il ricettario regionale a disposizione di tutti i professionisti del Ssn, senza costringere gli assistiti a un'inutile andirivieni tra ospedale e studio del medico di famiglia.

► Un danno per i pazienti

Questa semplice regola di buon senso, assieme all'obbligo di certificazione di malattia Inps alla dimissione, dopo il ricovero ospedaliero, rappresentano due caposaldi per migliorare e semplificare la vita dei pazienti e del sistema nel suo complesso. Ma proprio per questo sarà la prima vittima degli effetti perversi delle norme proposte per contenere le prescrizioni inappropriate/difensive elaborate dal consigliere economico governativo, che paradossalmente proclama di voler migliorare il livello di efficienza delle strutture e soprattutto dei servizi per gli assistiti. Infine i medici saranno indotti a prescrivere sul ricettario personale gli esami a rischio di inappropriatezza, onde evitare di dover pagare personalmente, mentre gli assistiti si dovranno rivolgere alle strutture private.

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

Rinnovo dell'Acn a prova di ostacoli

Bocciatura a tutto tondo da parte del Ministero dell'Economia dell'Atto di Indirizzo che regola la ormai lunga trattativa per il rinnovo della convenzione con i medici di medicina generale. Una scure che si è abbattuta su di una negoziazione già messa a dura prova e dai tempi estenuanti

Simone Matriciano

Una doccia fredda per la medicina generale è stata inferta di recente dal Ministero dell'Economia che ha giudicato l'Atto d'indirizzo per il rinnovo della Convenzione troppo buono con i medici. Ma le critiche non si sono fermate qui: gli investimenti di risorse previsti e la loro finalità non sarebbero affatto chiare. Inoltre il Ministero ha ribadito che non c'è nessuna nuova risorsa da assegnare per retribuire il personale. Dichiarazioni che tolgono anche quel barlume di speranza di chi credeva di veder conclusa il prima possibile questo ormai estenuante negoziato. Affermazioni che comunque stridono con alcuni numeri di contesto, forniti proprio dal Ministero dell'Economia. In termini assoluti, nel triennio 2010-2013, la spesa per la medicina convenzionata ha subito una riduzione dell'1.5% per anno. Da un punto di vista relativo alla spesa totale per la sanità italiana, l'incidenza dei

costi per la medicina convenzionata sui costi totali si attesta intorno al 3.7%: una medicina generale che è diventata, nel corso degli ultimi anni, sempre più *low cost*.

► Mmg figli di un Dio minore

“Un *low cost* - commenta **Enzo Scafuro** - Responsabile nazionale Smi per la medicina generale, una riduzione dei finanziamenti alla MG che, però, non ha comportato una diminuzione dell'impegno da parte dei medici. Abbiamo subito un aumento del carico burocratico, siamo di fatto diventati i terminali amministrativi delle Asl che hanno ceduto alcuni loro compiti a noi e nel frattempo la qualità del servizio è indubbiamente peggiorata, soprattutto a causa dell'aumento del numero di visite da eseguire. Questi sono elementi che il Ministero dell'Economia dovrebbe conoscere e tenere in considerazione prima di esternare qualunque parere”.

Un discorso quello del Ministero dell'Economia che, in parole povere, dichiara non pertinente ai fini della contrattazione per la nuova convenzione tutto ciò che è scritto nell'Atto d'indirizzo e che non viene precisato sui costi. Un discorso “da ragioniere che non fa una piega - continua Scafuro. Ma adesso non abbiamo

bisogno solo di ragionieri. Abbiamo un Atto d'indirizzo, un documento politico condiviso, sul quale anche il governo si è preso la responsabilità di vigilare. Bisogna assumersi le proprie responsabilità”.

“Non vorrei che con queste azioni di tagli continui e ostacoli sulla strada del rinnovamento della convenzione - ipotizza Scafuro - si facesse largo l'idea di una privatizzazione del sistema sanitario. Nessuno, né privati, né cooperative, né altri ipotetici soggetti potrebbero, a questi costi, supportare e sopportare il lavoro che i medici fanno”.

E per finire il dirigente dello Smi lancia una provocazione, proponendo di: “adottare per una settimana nei nostri ambulatori un dirigente del Ministero dell'Economia: così potranno vedere con i loro occhi come e quanto lavorano i medici. Per non parlare di quanto spendono di tasca propria, per mantenere il più alto livello di qualità possibile del servizio dedicato ai cittadini”.



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



Vaccinare, sì, ma in sicurezza: un appello al ministro della Salute

Replica dello Snamì alle raccomandazioni del Ministero della Salute per la campagna vaccinale antiinfluenzale 2015-2016. Secondo il sindacato, le modalità operative della vaccinazione, praticata dai Mmg, devono essere migliorate e servono maggiori tutele per i medici

Pronta replica dello Snamì che già i mesi scorsi aveva preso posizione per “una vaccinazione in sicurezza” alle raccomandazioni del Ministero della Salute per la campagna vaccinale antiinfluenzale 2015-2016, che partirà da metà ottobre.

“Non possiamo non condividere i contenuti della Circolare di prevenzione e controllo dell’influenza elaborata dalla Direzione Generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute - precisa **Angelo Testa** - Presidente nazionale Snamì -. Siamo consapevoli di quanto l’epidemia influenzale costituisca un importante problema di sanità pubblica a causa dei numerosi casi che si verificano in ogni stagione con alti costi a carico della comunità, sia in termini di spesa sanitaria (farmaceutica e ospedaliera) sia di costi sociali, per le assenze dal lavoro per cure proprie e dei familiari. Inoltre il ricor-

so all’ospedalizzazione per il trattamento di forme influenzali, anche non complicate, soprattutto in persone anziane, comporta serie ripercussioni sulla ricettività dei reparti ospedalieri con possibili disfunzioni operative. La vaccinazione è un compito che per noi medici di famiglia è obbligatorio, in presenza di un piano, concordato, come previsto dall’Acn. Però, secondo il nostro sindacato ci sono troppe criticità irrisolte che devono essere sanate e per tale motivo chiediamo che oltre le considerazioni e consigli del Ministro della Salute debbano trovare spazio delle integrazioni che lo Snamì ha lanciato nella sua proposta: Vaccinazione antiinfluenzale sicura per Medici e Pazienti”.

► Le proposte

“Sono le modalità operative della vaccinazione praticata dai Mmg -

continua **Gianfranco Breccia**, segretario nazionale dello Snamì - che devono essere migliorate. Sarà nostra premura far sì che i nostri rappresentanti sindacali nei comitati aziendali e regionali si attivino innanzitutto per pretendere dalla parte pubblica una polizza assicurativa specifica che ci tuteli da rischi legali e professionali, inerenti all’attività vaccinale. Inoltre proporremo dei cartelli esplicativi da esporre nelle sale d’aspetto degli ambulatori, in cui venga evidenziata la scheda tecnica del vaccino da inoculare. È chiaro poi che faremo molta attenzione al consenso informato, documento in cui devono essere ben chiari gli effetti collaterali del vaccino che inoculiamo. Raccomanderemo ai colleghi di eseguire la vaccinazione negli ambulatori pubblici, nel caso non siano dotati di frigorifero con doppio termostato, di frigo portatile per il trasporto dei vaccini e di strumentazione per la rianimazione. Ovviamente, in tal caso bisogna accertarsi che le strutture Asl ne siano dotate”.

“L’imperativo è di vaccinare in sicurezza non solo per i pazienti, ma anche per noi medici di famiglia - conclude Angelo Testa - credo debba anche essere l’intento del Ministero. Il tutto presuppone che vengano sanate incertezze e criticità”.



No a smartphone e tablet per gli ISF negli studi dei Mmg abruzzesi

In questo divieto si sono imbattuti gli informatori scientifici del farmaco durante le consuete visite ai medici di famiglia abruzzesi. L'iniziativa è targata Snamì e *M.D.* ha intervistato il Presidente regionale Snamì Abruzzo sul perché di una simile decisione

Francesco Gombia

Lo Snamì Abruzzo ha deciso di vietare l'uso di tablet e smartphone durante le visite degli informatori scientifici del farmaco negli studi medici. "Può succedere di tutto con questi strumenti - chiosa **Nicola Grimaldi**, Presidente regionale Snamì Abruzzo. Molti informatori ci dicono di dover lasciare gli smartphone o i tablet attivi durante l'intervista perché è l'azienda a obbligarli. Forse per tenere traccia delle loro interviste o del tempo che trascorrono nel nostro studio, ma noi non possiamo, e non vogliamo, rischiare di essere fotografati o registrati per un'esigenza di controllo aziendale. È una questione di privacy, il nostro studio è pur sempre un ambiente di lavoro privato".

Si tratta di paure infondate? Di un eccesso di zelo? Ebbene no. Non dimentichiamo che modificando il software di un comune cellulare o smartphone si possono registrare e trasmettere i suoni e le conversazioni che si svolgono nelle vicinanze anche in modalità *stand-by*. Si tratta quindi di un argomento che va oltre il confine limitato dello studio del Mmg, ma che sembra coinvolgere sempre più questa figura. L'uso improprio 'e a volte fraudolento' che questi strumenti incentiva-



no, viste le loro enormi potenzialità, è dietro l'angolo. Un esempio su tutti: parenti di pazienti ricoverati in ospedale che fotografano gli esami della cartella clinica per mandarli al medico di famiglia, probabilmente senza sapere che questa rappresenta un'azione fuorilegge: la cartella clinica può essere rilasciata, come copia, solo dopo avvenuta autorizzazione.

Un medico coinvolto spesso in iniziative da parte di terzi che travalicano i precari confini normativi, e che deve quindi attrezzarsi per evitare spiacevoli conseguenze.

► Medicina difensiva

"La nostra è un'iniziativa di medicina difensiva - tiene a sottolineare

Grimaldi -. Non possiamo permetterci di essere coinvolti, magari inconsapevolmente, in azioni al limite della legalità".

Smartphone e tablet, quindi, da strumenti di liberazione ed espressione massima di libertà, a congegni studiati per frodare: "Quanti medici hanno, ad esempio, sulla scrivania elenchi di persone da contattare perché inseriti in un programma di medicina d'iniziativa o perché pazienti da richiamare per visite più approfondite. Possiamo rischiare che questi elenchi siano fotografati e, quindi, i dati rubati?", conclude Grimaldi. Un'iniziativa quella di Snamì Abruzzo che potrebbe uscire dai confini regionali: "Porteremo questa problematica al congresso nazionale del sindacato che si terrà ai primi di ottobre - tiene a evidenziare Grimaldi - con una sessione dedicata a questi temi specifici, inerenti all'utilizzo di smartphone e tablet nelle professioni sanitarie. Con un occhio particolare all'uso inappropriato che se ne fa".



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

Digitalizzazione a colpi di intimidazione

La Lombardia, tra le Regioni più digitalizzate d'Italia, è in affanno in merito all'applicazione della ricetta digitalizzata e dell'invio di certificati online, così capita che alcune Asl, con una circolare ad hoc, ricordino ai Mmg che, al riguardo, per loro c'è la possibilità della decadenza della convenzione

S Se i medici lombardi non incentivano il processo di digitalizzazione inerente al loro lavoro (ricette e certificazioni) potrebbero essere licenziati. È questa la minaccia, neanche tanto velata, che alcune Asl hanno palesato ai Mmg attraverso alcune missive inviate a fine luglio. L'attaccamento alla carta pare essere ancora molto forte. D'altra parte sono i numeri a testimoniare questo ritardo della Regione più digitalizzata d'Italia: una svolta, quella della ricetta 2.0, per esempio, che vede una media nazionale del 50%, mentre in Lombardia è solo al 13%.

“Di fronte a un comportamento reiterato e volontario da parte di un collega è giusto iniziare le procedure per una sanzione e, al limite, per la perdita della convenzione” commenta a **M.D. Fiorenzo Corti**, Responsabile Comunicazione Nazionale Fimmg e Segretario regionale Fimmg-Lombardia. L'inosservanza dell'obbligo di prescrizione online, infatti, comporta l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 55 septies, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, numero 165, ossia la norma che stabilisce l'applicazione della sanzione del licenziamento proprio in caso di reiterazione del comportamento.

Sono stati registrati passi avanti verso la ricetta 2.0, ma la Lombardia appare effettivamente inchiodata in una situazione di stallo. Dalle statistiche di maggio pubblicate da Promofarma, la Regione, con il suo 13%, appare tra le ultime in classifica, battuta anche da Sicilia e Campania. Ma dai dati dell'as-

essorato alla Sanità emerge che negli ultimi mesi qualcosa si è mosso: su 6,7 milioni di ricette mensili, a maggio se ne contavano 1,1 milioni di elettroniche, per crescere poi a 1,7 milioni a giugno e a 2,1 milioni a luglio.

“Ma attenzione ad addossare tutte le responsabilità sui medici di famiglia - continua Corti. C'è infatti un elemento non trascurabile in questa faccenda, che riguarda il disagio di noi medici di medicina generale nei confronti delle strutture ospedaliere che non sempre sono adempienti in merito alla digitalizzazione di ricette e certificati Inps, nonostante sia un obbligo anche per loro. Noi Mmg siamo spesso trasformati e trattati come semplici operatori meccanografici: dobbiamo solo registrare le certificazioni non eseguite dai colleghi ospedalieri”.

Insomma, le truppe coinvolte in questa battaglia sembrano aumentare piuttosto che diminuire. In merito alla digitalizzazione delle ricette è bene ricordare che il procedimento è stato introdotto dalla *spending review* del 2012, e per l'inizio del 2016 le Regioni dovrebbero raggiungere il traguardo del 90% di ricette dematerializzate. Obiettivo che in Lombardia è ancora molto lontano.



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

Il caso osteoporosi e la protesta dell'OMCeO

L'Agenzia di Sanità Pubblica di Catania non ha tenuto conto delle conclusioni della Commissione insediata per dirimere la questione inerente ai 937 Mmg accusati di inappropriata prescrivibilità e danno erariale in merito al trattamento dell'osteoporosi. Della Commissione faceva parte il Presidente dell'OMCeO di Catania che per protesta si è dimesso

Anna Sgritto

“**N**on sussistono più le condizioni per rimanere a fare parte di una Commissione consultiva per l'esame e la verifica dell'appropriatezza prescrivibile assistendo al discredito dell'immagine e del ruolo dei Mmg e al condizionamento delle loro attività”. Con una durissima lettera, inviata al direttore dell'Asp di Catania, Massimo Buscema, Presidente dell'Ordine dei Medici di Catania, si è dimesso dalla Commissione per l'appropriatezza prescrivibile. Commissione insediata per poter dirimere la questione inerente l'accusa di inappropriata prescrivibilità che ha visto mettere all'indice 937 Mmg dell'Asp di Catania, accusandoli di danno erariale.

Il Presidente accusa l'Asp di non aver tenuto in debito conto il lavoro svolto dalla Commissione e quanto messo nero su bianco in merito alla vicenda. La Commissione aveva ritenuto le indagini della Guardia di Finanza “viziata per l'inattendibilità dei dati finali”. Viste le risultanze del lavoro svolto, secondo Buscema, l'Asp avrebbe dovuto dare corso a un rigoroso controllo, sottoponendo a un riesame tutto il procedimento amministrativo. Ma così non è stato. Nella lettera, il presidente dell'OMCeO di Catania imputa all'Agenzia di aver smentito nei fatti le risultanze della Commissione “nel timore di incorrere in azione di responsabilità erariale da parte della Corte dei Conti” e ha così “deciso di addossare in tutto o in parte la responsabilità ai Mmg”.

“Riteniamo tendenziosa la scelta del metodo di analisi inizialmente seguita - spiega Buscema - che tiene

conto unicamente delle MOC effettuate. Così come non si comprende quale valenza indiziaria possa avere la tecnica statistica utilizzata dall'Asp, che non tiene minimamente conto della effettiva condizione clinica dei singoli fruitori dei prodotti farmaceutici prescritti. Il sistema delle medie ponderate pro capite è un metodo che non trova alcuna giustificazione scientifica: esso va semplicemente abolito o al massimo ridimensionato a semplice indicatore e giammai ad assoluta prova di colpevolezza”.

“La Corte dei Conti d'Appello della Regione - specifica la missiva - con la recente sentenza del 02/03/2015 afferma che: il solo scarto delle medie prescritte non basta a far condannare i medici e il danno va sempre provato ed è imputabile solo a eventuale colpa grave e si attua solo in caso di attuale negligenza, imprudenza e imperizia da parte del medico. Insomma per condannare un medico per presunta prescrivibilità inappropriata non si può e non si deve ragionare solamente sugli discostamenti statistici valutati in astratto, sulla base di ipotetici sforamenti delle medie prescrivibili di altri medici dello stesso distretto, ma vanno provate ulteriori specifiche voci di danno frutto di ingiustificate prescrizioni”.

“Orbene - sottolinea Buscema - la descrizione di questa inverosimile storia ha quale unica conseguenza il discredito dell'intera classe dei Mmg catanesi condizionandone oltremodo la libertà di agire nell'interesse della tutela della salute del paziente e facendo emergere gravissime responsabilità da parte dell'Asp di Catania”.

Il dilemma di un collega britannico

È una crisi di identità a mordere la coscienza di un collega britannico: "Medico dipendente del sistema sanitario nazionale o dipendente di una grande azienda farmaceutica nel settore Ricerca e Sviluppo"? Un dilemma che il collega ha reso di pubblico dominio attraverso le colonne del Guardian e che rileva una crisi della professione che accomuna molti Mmg europei, compresi quelli italiani

È una lettera che potrebbe essere stata scritta anche da un camice bianco italiano quella pubblicata dal *Guardian* inviata da un collega britannico che mostra un medico inquieto e affaticato dal dover affrontare ogni giorno schiere di vecchiette alla disperata ricerca di un conforto. "Trovo il mio lavoro insoddisfacente - scrive il medico inglese. Mi piace l'interazione col paziente e tutto ciò che riguarda l'aspetto clinico del mio lavoro. Ma è ripetitivo. Lo stress e le molte ore di lavoro non sono un problema, è la noia che mi sta assalendo. Il mio lavoro, giorno dopo giorno, si riduce a badare a pazienti anziani che presentano un problema sociale: sarebbero seguiti meglio da un assistente sociale".

Conseguenza di questo approccio? Le sirene di un'azienda farmaceutica cantano e incantano il collega.

M.D. ha chiesto un parere a **Ernesto Mola**, Presidente WONCA Italia e coinvolto nella Scuola di Formazione dei Medici di Famiglia a Lecce. "Purtroppo la formazione universitaria italiana, e credo anche quella estera, fa credere ai futuri medici che l'aspetto clinico della relazione medico-paziente quasi esaurisca il raggio d'azione della nostra categoria. Non può essere dato un messaggio più sbagliato perché poi si producono pensieri come quello del collega britannico".

È proprio l'incapacità di cogliere la centralità dell'aspetto sociale della relazione tra il medico e il cittadino presente nelle parole del medico d'oltremontana a colpire Mola: "La relazione e l'approccio che bisogna

avere con il paziente, soprattutto nell'ambito della medicina generale, deve essere bio-psico-sociale. Il medico ha giustamente una visione clinica del paziente, ma deve anche tenere conto delle specificità di chi si trova di fronte, da un punto di vista psicologico e di contesto sociale".

► Una formazione obsoleta

Insomma, ampliare l'orizzonte per evitare di equivocare l'autentico ruolo del medico nella nostra società. Aspetti, quello psicologico e quello sociale, spesso messi in secondo piano da chi forma la categoria medica del futuro, ma che dovranno prendere piede soprattutto in un contesto di patologie croniche in aumento. La vera sfida della medicina è, e sarà, rispondere ai bisogni dei pazienti con un approccio bio-psico-sociale.

Una sfida che non appare così ardua, se si seguono le inclinazioni dei ragazzi in formazione, come conferma Mola: "Al primo anno i ragazzi sono affamati di clinica, per rafforzare le competenze. Al secondo anno cominciano a porsi il problema della non esclusività dell'aspetto clinico nella medicina. Al terzo anno sono affamati di abilità nella relazione. Chi forma i futuri medici deve seguire questa predisposizione".



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

Fascicolo Sanitario Elettronico verso il traguardo?

Dopo una lunga attesa le Regioni hanno le regole guida per il FSE: il ministro della Salute ha recentemente firmato il regolamento, inserito nel quadro della nuova Sanità Digitale

Stefania Piccolo

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha recentemente firmato il decreto attuativo inerente lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Secondo quanto stabilito dall'Agenzia per l'Italia Digitale lo scorso 30 giugno, tutte le Regioni avrebbero dovuto dotarsi del Fascicolo Sanitario Elettronico. La scadenza però è stata prorogata da un lato per i ritardi nei tempi di attuazione da parte di molte Regioni, dall'altro per la mancanza del decreto attuativo che si era arenato a Palazzo Chigi da ben 22 mesi e che ora il ministro ha finalmente sbloccato.

Le uniche due realtà regionali pronte alla data del 30 giugno erano l'Emilia-Romagna con il progetto "SOLE" e il Trentino con "TreC". Si tratta di due portali a cui afferiscono i dati degli assistiti e i loro bisogni di salute e di assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale. Arrivano anche a ricomprendere gli eventi generati "al di fuori" del sistema sanitario nazionale (dentista, sanità privata, eventi clinici generati all'estero) e quelli "personali" (scadenario, piani terapeutici, cassetto amministrativo-fiscale, eccetera).

► Uno strumento per migliorare l'assistenza

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, che ha come scopo principale quello di agevolare l'assistenza al paziente, offrire un servizio che può facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente, contribuendo al miglioramento di tutte le attività assistenziali e di cura. Nel rispetto delle normative per la protezione dei dati personali, il Fascicolo dovrebbe consentire al paziente di poter disporre facilmente di tutte le notizie relative al suo stato di salute e permettere al medico di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni da adottare, ma non solo.

"Il modello di Fascicolo - ha sotto-

lineato in una nota stampa il Ministero della Salute - consentirà inoltre di evitare, attraverso i resoconti, l'incrocio dei dati e la trasparenza di essi, di evitare inefficienze e contribuirà a migliorare la programmazione, il controllo e la valutazione del sistema sanitario nel suo complesso, in un contesto sia italiano che europeo".

L'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta, quindi, il presupposto necessario per poter giungere a una sintesi delle diverse istanze esistenti e promuovere la condivisione di un modello di riferimento nazionale, che coinvolge tutti gli enti e le strutture del Ssn (sia i soggetti pubblici, sia i soggetti privati accreditati) e tutti gli assistiti del Servizio sanitario nazionale.

L'iter procedurale verrà definito con l'acquisizione delle firme dei ministri concertanti, della Semplificazione e Pubblica Amministrazione Maria Anna Madia e dell'Economia e Finanza Pier Carlo Padoan.

Fascicolo Sanitario
● ● ● ● ● **e l e t t r o n i c o**
Portale dei Servizi Sanitari Online

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Congresso ESC 2015: cosa c'è di nuovo in cardiologia?

■ **MEDICINA PREVENTIVA**

Screening del sangue occulto riduce incidenza di Ca coloretale

■ **LABORATORIO**

Malattie renali e CV: valore predittivo dell'esame delle urine

■ **DIABETOLOGIA**

Nuova formulazione di metformina a rilascio prolungato

■ **NEUROLOGIA**

Evoluzione del trattamento nella malattia di Parkinson

■ **MALATTIE INFETTIVE**

Norme igieniche prevengono il citomegalovirus in gravidanza

■ CARDIOLOGIA

Congresso ESC 2015: cosa c'è di nuovo in cardiologia?

Dal 29 agosto al 2 settembre 2015 si è tenuta a Londra l'edizione 2015 del congresso della Società Europea di Cardiologia (ESC). Anche quest'anno si è trattato di un'occasione importante per mettere a confronto le conoscenze finora acquisite in ambito cardiologico. In aggiunta a diversi argomenti di pertinenza strettamente specialistica, sono state riportate alcune questioni di respiro più ampio, come in particolare l'influenza dell'ambiente sul rischio di eventi cardiovascolari, le strategie per ridurre la mortalità e la morbilità associata a infarto miocardico in ambiente extra-ospedaliero, oltre alla presentazione di ben 5 nuove linee guida.

► Ambiente e rischio cardiovascolare

Al ruolo dell'ambiente sulla salute cardiologica è stata dedicata un'apposita sessione.

Uno studio di Bryniarski et al. (Abs 2022) ha mostrato chiaramente come, per gli adolescenti e i giovani adulti, vivere in un ambiente cittadino inquinato si associ a livelli di marker infiammatori (come proteina C reattiva, omocisteina e fibrino-

geno) superiori a quelli registrati tra coloro che risiedono in un luogo con traffico meno intenso e minore inquinamento dell'aria.

Un altro studio (Argacha et al. Abs 4195) ha confermato la correlazione tra inquinanti ambientali, in particolare il particolato e l' NO_2 , e aumento del rischio di infarto: l'incremento di 10 mcg/m^3 di materiale particolato (PM) è risultato associato all'aumento del 2.8% di STEMI, mentre un aumento di 10 mcg/m^3 di NO_2 si traduceva in un aumento del 5.1% del rischio CV negli uomini. Lo studio si è basato sui dati ambientali ottenuti dall'Agenzia dell'Ambiente Belga valutando l'esposizione agli agenti inquinanti in ogni parte del Paese aggiustata per la densità della popolazione e la correlazione tra inquinamento e malattia CV è risultata evidente nonostante i livelli di inquinamento fossero nei limiti europei sulla qualità dell'aria.

► Infarto extraospedaliero

Come illustra **Maddalena Lettino**, Responsabile UO Cardiologia dello Scopenso dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI): "Si è discusso tanto di arresto cardiaco

extra-ospedaliero, dell'utilizzo di alcuni dosaggi di laboratorio che ci aiutano a decidere nel più breve tempo possibile se il paziente che arriva con un dolore toracico ha un infarto o no...".

Secondo uno studio presentato da Dirk Westermann (Neumann et al. Oral presentation) i pazienti che arrivano al PS con dolore toracico suggestivo di IMA possono beneficiare di un triage più rapido e sicuro utilizzando un test rapido che ridefinisce i cut-off di troponina I. Per i pazienti con sospetto IMA, le attuali linee guida raccomandano infatti di valutare la troponina I cardiaca, un marker della necrosi dei miociti, alla presentazione al PS e poi dopo 3 ore, per determinare se è necessario il ricovero o le dimissioni. Un nuovo test più sensibile per questo marker è in grado di fornire risultati più rapidamente e identificare più piccole elevazioni di troponina che possono essere importanti per la valutazione del rischio CV. Sulla base dei risultati dello studio, è emerso che il cut-off dei livelli di troponina I che possono far escludere la presenza di IMA è 6 ng/L , ben più basso di quello comunemente utilizzato. Il nuovo algoritmo è in grado di ridurre la mortalità e di accorciare in maniera consistente i tempi del triage.

In caso di arresto cardiaco in ambiente extraospedaliero la decisione riguardante quando porre termine alle manovre di rianimazione cardiopolmonare (CPR) è una questione chiaramente delicatissima per il personale medico di emergenza. Uno studio di Goto et al (Abs 1321) ha

mostrato che le probabilità di sopravvivenza si riducono ogni minuto di CPR, ma che il 99.1% dei sopravvissuti e il 99.2% dei sopravvissuti con outcome neurologici favorevoli raggiunge il ritorno della circolazione spontanea entro 35 minuti dall'inizio delle CPR. Per questo i ricercatori concludono che le manovre di rianimazione andrebbero continuate per almeno 35 minuti.

► 5 nuove linee guida

In occasione del congresso sono state anche presentate cinque nuove linee guida pratiche. Sviluppate da task force di esperti mondiali riguardano diagnosi e trattamento dell'ipertensione polmonare, aritmie ventricolari e morte cardiaca improvvisa, sindromi coronariche acute-NSTE, malattie pericardiche e pericarditi infettive.

Diagnosi e trattamento dell'ipertensione polmonare - Il nuovo algoritmo per l'ipertensione polmonare, stilato da un gruppo condotto da Nazareno Galiè (Università di Bologna), fornisce un protocollo che intende dare al paziente la migliore possibilità di un outcome ottimale quando la severità della prognosi comporta importanti limitazioni nelle modalità con le quali affrontare la malattia. Questa nuova edizione delle linee guida introduce un nuovo algoritmo di trattamento, sottolinea quando utilizzare i nuovi farmaci e basa le strategie terapeutiche sul profilo di rischio del paziente.

Aritmie ventricolari e morte cardiaca improvvisa - Per la prima volta queste linee guida hanno incluso il concetto proposto da alcuni documenti di consenso relativo all'analisi del DNA, che dovrebbe essere una componente fondamentale di valutazione post-mortem a giovani vittime di morte improvvisa. L'analisi molecolare aiuta a identificare la presenza di malattie genetiche che possono verificarsi in un cuore strutturalmente normale; l'identificazione di una causa genetica come substrato per una morte improvvisa facilita la diagnosi precoce di parenti affetti e può aiutare a proteggerli grazie a un approccio personalizzato.

Una delle raccomandazioni più importanti è quella di identificare i pazienti con cardiopatia ischemica che sono ad alto rischio di morte cardiaca improvvisa e che possono beneficiare di un defibrillatore impiantabile (*implantable cardioverter defibrillator*, ICD).

Sindromi coronariche acute-NSTE - In questa edizione aggiornata viene introdotta una nuova e più breve procedura per la diagnosi in pazienti con sospetto infarto miocardico senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI). Quando disponibile il test ad alta sensibilità per troponina, l'esame del sangue può essere fatto al momento della presentazione e dopo 1 ora invece di attendere, come da prassi attuale, 3 ore.

Malattie pericardiche - Le malattie del pericardio comprendono diverse presentazioni cliniche e varia

eziologia, che richiedono una gestione adeguata. Il documento include nuovi specifici criteri diagnostici per la pericardite acuta, che ora viene identificata quando i pazienti presentano due dei seguenti segni/sintomi: dolore toracico pericarditico, sfregamenti pericardici, nuova elevazione diffusa del tratto ST o depressione del tratto PR o effusione pericardica (di nuova insorgenza o peggioramento). Vengono introdotte nuove strategie diagnostiche per il triage dei pazienti con pericardite e versamento pericardico, che permettono la selezione di pazienti ad alto rischio per il trattamento, specificando quando e come ulteriori indagini diagnostiche dovrebbero essere eseguite.

Pericarditi infettive - Le nuove linee guida sottolineano la necessità di un approccio di imaging multimodale per la diagnosi di endocardite; mentre la precedente edizione era focalizzata sullo studio ecocardiografico, le linee guida 2015 mostrano l'importante ruolo delle altre tecniche di imaging (come la PET-CT). Viene ampiamente sottolineata la necessità di una combinazione di diagnosi precoce, terapia antibiotica precoce e chirurgia precoce.



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

■ MEDICINA PREVENTIVA

Screening del sangue occulto riduce incidenza di Ca coloretale

È italiano uno dei primissimi studi a livello internazionale che dimostra che il test immunochimico per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FIT), eseguito all'interno di un programma di salute pubblica ben organizzato, è in grado non solo di ridurre la mortalità per cancro del colon retto (CCR) ma anche di ridurne l'incidenza. Condotta su un'ampia popolazione della provincia di Reggio Emilia lo studio è stato pubblicato recentemente (Giorgi Rossi P et al. Impact of screening program on incidence of colorectal cancer: a cohort study in Italy. *Am J Gastroenterol* 2015; doi: 10.1038/ajg.2015.240).

► Lo studio

"Nella provincia di Reggio Emilia, così come in Emilia Romagna, già dal 2005 è attivo il programma regionale di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del CCR, basato sul FIT ogni 2 anni. La popolazione invitata, di entrambi i sessi, ha una età compresa tra i 50 e i 69 anni" - ha illustrato a *M.D.* il Dott. **Paolo Giorgi Rossi**, primo firmatario dello studio, Direttore Interaziendale Epidemiologia AUSL Reggio Emilia - Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia. Lo studio ha confrontato l'incidenza di

CCR, rilevata attraverso i registri del cancro, nella popolazione invitata dal 2005 in poi a partecipare allo screening con quella rilevata in una popolazione di pari età in era pre-screening. Sono state così coinvolte due coorti di soggetti: una mai sottoposta a screening (età 50-69 anni nel 1997) e una invitata a sottoporsi a screening (età 50-69 anni nel 2005), seguite per 8 anni.

► Si riduce incidenza e mortalità

Sono stati invitati più di 100.00 cittadini, di cui circa il 70% ha effettuato un FIT almeno una volta (272.197 test). Il tasso di partecipazione alla colonscopia è stato circa del 90% e sono stati registrati 2896 tumori (1237 durante il periodo di screening).

Spiega Giorgi Rossi: "Dopo i primi anni dall'attivazione dei programmi si è assistito a un aumento dell'incidenza seguita da una brusca diminuzione già a partire dal 3-4 anno, che va a compensare completamente l'aumento iniziale e già a partire dal sesto anno si comincia a vedere che l'incidenza cumulata è minore nel gruppo della popolazione invitata".

A questa riduzione di incidenza si accompagna una riduzione di mortalità ancora maggiore, calcolata attor-

no al 30% su tutta la popolazione (che prende in considerazione sia coloro che hanno accettato l'invito di sottoporsi allo screening che quelli che non hanno accettato), un dato che trova la sua spiegazione nell'identificazione precoce di malattia.

► Utilità dello screening

Il test del sangue occulto fecale in particolare quello immunochimico, ha una buona sensibilità anche per gli adenomi di alto grado, permettendo così di individuare lesioni precancerose che, opportunamente trattate, permettono di prevenire l'insorgenza di cancro. Questo meccanismo era stato ben dimostrato per la rettosigmoidoscopia, ma era ancora incerto il dato sul test del sangue occulto.

"Il motivo per cui nella provincia di Reggio Emilia è stato possibile osservare questa riduzione di incidenza su tutta la popolazione - precisa Giorgi Rossi - è che i cittadini hanno risposto con una grande partecipazione, anche grazie alla rapidità e precisione con cui viene attuato il programma. Inoltre tutti gli attori sanitari coinvolti sono favorevoli ai programmi di prevenzione. In particolare la classe medica e in primis i Mmg consigliano caldamente la popolazione a partecipare ai programmi di screening pubblico".



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

LABORATORIO

Malattie renali e CV: valore predittivo dell'esame delle urine

Dosaggio delle proteine e dell'albumina (in rapporto alla creatinina) - anche quando non espressamente richiesti - per l'esame completo delle urine.

È la sperimentazione in corso al Laboratorio di analisi chimico cliniche dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. "Se eseguita bene, ogni analisi delle urine può dare un contributo prezioso alla diagnosi di molte patologie, soprattutto renali. Dunque eseguire un dosaggio sulle urine, in tutti i campioni, di proteine e albumina in rapporto alla creatinina e in maniera precisa significa contribuire alla diagnosi precoce delle malattie renali e anche cardiovascolari" ha spiegato **Giuseppe Remuzzi**, Direttore della Nefrologia e del Dipartimento di Medicina dell'Ospedale di Bergamo.

È del 2012 uno studio del Dipartimento di medicina renale dell'Istituto Mario Negri e degli allora Ospedali Riuniti di Bergamo (*J Am Soc Ne-*

phrol 2012; 23: 1717-1724), che dimostra come vi sia un legame diretto e proporzionale fra la presenza di albumina nelle urine nei pazienti diabetici e l'incremento del rischio CV.

► Risultati affidabili

Le analisi vengono svolte da due nuove apparecchiature, che affiancheranno le strisce reattive, una tecnica basata sulle differenze di colore, ormai consolidata ma poco precisa. L'unica alternativa per avere risultati affidabili fino ad oggi era quella di eseguire il dosaggio delle proteine sulle urine delle 24 ore, ma la procedura di raccolta è complicata e come tale esposta a errori che possono alterare il referto finale.

"Sappiamo che il dosaggio delle proteine e dell'albumina in rapporto alla creatinina consente di evidenziare le malattie renali, anche in fase iniziale, e può essere importante nella pro-

gnosi di diverse patologie - evidenzia **Maria Grazia Alessio**, Responsabile dell'Area Specialistica del Laboratorio analisi chimico cliniche. Considerando che il nostro laboratorio processa circa 400 campioni di urina al giorno, abbiamo opportunità importanti per restituire al clinico un quadro veramente esaustivo della salute del paziente, soprattutto rispetto alla funzionalità renale."

► Assetto organizzativo

Le nuove apparecchiature sono state integrate in un complesso processo diagnostico, che prevede anche un approfondimento specialistico al microscopio su campioni selezionati, possibile grazie all'alto livello di competenza degli operatori. Non è tuttavia indispensabile avere delle apparecchiature dedicate: il dosaggio delle proteine e dell'albumina può essere eseguito anche da altri strumenti normalmente già in dotazione. Quello che cambia è l'assetto organizzativo.

Il Gruppo Italiano Analisi Urine sta preparando nuove linee guida sulle modalità più corrette per eseguire l'esame completo delle urine, che verranno presentate a ottobre durante *Urinary 2015*, un convegno dedicato alla moderna visione dell'esame delle urine. La sperimentazione e le nuove raccomandazioni permetteranno di estendere questa pratica anche ad altri ospedali italiani. In 3 mesi sono già più di 20 mila le analisi eseguite, di cui una quota significativa con riscontri patologici che il sistema tradizionale non avrebbe individuato.

Le linee guida KDIGO (*Kidney Disease Improving Global Outcomes* - <http://kdigo.org>) propongono di utilizzare per la diagnosi precoce della malattia renale cronica in soggetti senza fattori di rischio noti il rapporto albuminuria/creatinuria e il rapporto proteinuria/creatinuria. In particolare l'escrezione urinaria di albumina è un marcatore importante per lo sviluppo di nefropatia diabetica e un fattore indipendente di rischio per malattie CV, ictus e vasculopatie periferiche. La misura di proteinuria/creatinuria può invece mostrare un elevatissimo potere valore predittivo negativo in caso di ipertensione arteriosa, diabete, mieloma e preeclampsia.

■ DIABETOLOGIA

Nuova formulazione di metformina a rilascio prolungato

È da poco disponibile nel nostro Paese una nuova formulazione di metformina a rilascio prolungato. Rispetto alla formulazione convenzionale a rilascio immediato (IR), quella a rilascio prolungato offre alcuni vantaggi, primo tra tutti la possibilità di assumere il farmaco una sola volta al giorno, ma anche una migliore tollerabilità a livello gastrointestinale, a parità di efficacia. La formulazione a rilascio prolungato è stata progettata per consentire un rilascio più graduale del farmaco nella sede principale di assorbimento, cioè nel tratto gastrointestinale superiore, migliorandone, così la tollerabilità e, non ultimo, consentendo una riduzione della frequenza delle somministrazioni.

Di recente è stato condotto uno studio volto a valutare gli effetti sulla tollerabilità gastrointestinale e sul compenso glicemico della classica formulazione di metformina rispetto a metformina a rilascio prolungato.

► Lo studio

L'autore dello studio, Professor **Giuseppe Derosa**, Responsabile Ambulatori di Diabetologia e Malattie Metaboliche della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pa-

via, ha illustrato a *M.D.* gli obiettivi e i risultati preliminari.

► Materiali e metodi

“In questo studio sono stati arruolati, finora, 187 pazienti - randomizzati ad assumere metformina nella classica formulazione IR (n. 95) o metformina a rilascio prolungato (n. 92) per 6 mesi. A ciascun paziente sono stati valutati al basale, a 3 e a 6 mesi, peso corporeo, compenso glicemico, insulinemia e HOMA-IR, profilo lipidico, alcune adipocitochine quali il fattore di necrosi tumorale (TNF- α), la proteina C-reattiva ad alta sensibilità (Hs-CRP), visfatina e vaspina. La dose media di metformina IR utilizzata è stata 2.000 ± 1.000 mg/die, quella di metformina a rilascio prolungato è stata di 1.000 ± 500 mg/die.

► I risultati

Dai risultati preliminari risulta che, dopo 6 mesi, entrambe le formulazioni diano una significativa riduzione del peso corporeo, dell'insulinemia e dell'HOMA-IR rispetto al basale, anche se la formulazione a rilascio prolungato è risultata superiore rispetto a quella IR nel ridurre l'HOMA-IR. Entrambe le formulazioni hanno mi-

gliorato il controllo glicemico, con un migliore effetto della formulazione a rilascio prolungato rispetto a quella IR. Per quanto riguarda i livelli di TNF- α , Hs-CRP e vaspina, sono stati ridotti da metformina a rilascio prolungato, ma non dalla formulazione IR. Metformina a rilascio prolungato ha anche innalzato i livelli di visfatina. Si è osservata, infine, una riduzione del colesterolo totale e LDL con metformina a rilascio prolungato rispetto a IR. Gli eventi avversi, soprattutto gastrointestinali, sono stati più frequenti con la formulazione IR rispetto a quella a rilascio prolungato. Dai dati preliminari raccolti, quindi, la formulazione di metformina a rilascio prolungato sembra essere superiore a quella IR nel migliorare il compenso glico-metabolico, il profilo lipidico e livelli di alcune adipocitochine in pazienti con diabete mellito di tipo 2.”

Bibliografia

1. AMD. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010.
2. Hundal RS, Inzucchi SE. Metformin: new understandings, new uses. *Drugs* 2003; 63: 1879-94.
3. Derosa G et al. Metformin powder formulation compared to metformin tablets on glycemic control and on treatment satisfaction in subjects with type 2 diabetes mellitus. *J Clin Pharmacol* 2015; 55: 409-414.



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

■ NEUROLOGIA

Evoluzione del trattamento nella malattia di Parkinson

A fronte della riconosciuta efficacia terapeutica della levodopa (L-dopa) nella malattia di Parkinson, dopo il primo periodo di trattamento - la cosiddetta *honeymoon* - a distanza di 5-7 anni si assiste alla comparsa di una fenomenologia complessa, caratterizzata da due importanti fenomeni, le fluttuazioni motorie giornaliere e le discinesie. Per questo tra gli obiettivi della ricerca vi è quello di individuare nuove categorie farmacologiche che consentano di posticipare l'inserimento di L-dopa e/o di migliorarne l'efficacia senza aumentarne la dose, apportando benefici anche nella fase avanzata di malattia.

Una nuova speranza per i pazienti parkinsoniani e una nuova opportunità per i clinici è rappresentata da safinamide, una molecola frutto della ricerca italiana che agisce tramite un meccanismo d'azione sia dopaminergico sia non dopaminergico. Il farmaco è stato approvato dalla Commissione Europea (è già disponibile in Germania) per pazienti in stadio medio-avanzato con fluttuazioni motorie come terapia in aggiunta alla sola L-dopa o in combinazione con altri farmaci per la MP.

Il 1° congresso dell'European Academy of Neurology (Berlino, giugno

2015) è stata l'occasione per illustrare tutti gli aspetti relativi alla molecola, un alfa-aminoacido derivato. In questo contesto. **Paolo Barone**, Responsabile del Centro Parkinson e Disturbi del Movimento dell'Università degli Studi di Salerno, ha chiarito a *M.D.* "Safinamide ha un duplice meccanismo d'azione: inibizione delle inibitore della monoamino-ossidasi-B (MAO-B) altamente selettiva e reversibile e modulazione del rilascio eccessivo del glutammato tramite il blocco stato-dipendente dei canali del sodio. Sappiamo che il sistema glutammatergico è coinvolto - come molti altri neurotrasmettitori - nelle complicanze motorie, nell'insorgenza delle stesse discinesie e in molti sintomi non motori presenti nella MP. Il futuro sarà quello di indagare anche su altre possibili attività del farmaco ad oggi sconosciute".

"Nelle diverse sperimentazioni cliniche - continua Barone - safinamide si è dimostrata efficace nel ridurre i periodi "off" (improvvisa incapacità a muoversi) e nel migliorare i periodi "on" (situazione di mobilità), anche dal punto di vista sintomatologico, e nel non aumentare il rischio di discinesie. Altra peculiarità è che il farmaco si assume con un'unica somministrazione giornaliera. Inoltre ha dimo-

strato un'ottima tollerabilità e un buon profilo di sicurezza".

▶ Gli studi

L'efficacia della safinamide (50/100 mg) come terapia aggiuntiva in pazienti in terapia con L-dopa con fluttuazioni motorie è stata valutata in due studi in doppio cieco vs placebo su oltre 2.000 pazienti: lo studio SETTLE (24 settimane) e lo studio 016/018 (2 anni). Il parametro di efficacia primario era il cambiamento dal basale all'endpoint del "tempo ON senza discinesia problematica", sulla base dei diari clinici dei pazienti. I parametri secondari includevano tempo OFF, UPDRS II e III (la scala per la valutazione della malattia di Parkinson), impressione clinica globale del cambiamento.

Entrambi gli studi hanno indicato una superiorità significativa di safinamide rispetto a placebo per la variabile di efficacia primaria e per le secondarie. La molecola si è dimostrata efficace nel ridurre i periodi "off", nel migliorare i periodi "on" anche dal punto di vista sintomatologico e nel non aumentare il rischio di discinesie. L'effetto sul tempo "on" era mantenuto al termine del periodo di trattamento di 24 mesi per entrambe le dosi di safinamide rispetto al placebo.



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

■ MALATTIE INFETTIVE

Norme igieniche prevengono il citomegalovirus in gravidanza

L'efficacia di una corretta informazione su semplici misure igienico-profilattiche è in grado di prevenire l'infezione primaria da citomegalovirus (CMV) nelle donne in gravidanza. Lo dimostra uno studio italiano condotto presso le Cliniche Ostetrico Ginecologica universitaria dell'Ospedale Sant'Anna della Città della Salute di Torino e della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università di Pavia (Revello MG et al. EBioMedicine in press, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.08.003>).

Lo studio congiunto, che ha coinvolto circa 9.000 gestanti, si prefiggeva di valutare l'efficacia e l'accettabilità di un intervento basato sulla identificazione, all'inizio della gravidanza, delle donne ad alto rischio di infezione e sulla loro informazione. Alle donne sono state fornite alcune semplici raccomandazioni.

► Risultati

I risultati sono stati inequivocabili: mentre nel gruppo di controllo (donne non informate) il 9% ha contratto l'infezione da CMV, solo l'1% ha contratto l'infezione nel gruppo che aveva ricevuto adeguate informazioni. Inoltre, al termine dello stu-

dio, il 93% delle donne ha ritenuto che l'impegno richiesto per seguire le norme igieniche raccomandate (incluso quella, non facile da mettere in pratica, di limitare gesti spontanei di affetto come baciare il proprio bambino sulla bocca/faccia) fosse del tutto proponibile alle donne a rischio di infezione.

► Citomegalovirus

Il CMV è il principale agente infettivo responsabile di sordità e di ritardo psicomotorio congenito. Si stima che ogni anno circa 40.000 bambini negli Stati Uniti, 35.000 in Europa e 2.000 in Italia nascano con l'infezione congenita da CMV. Il 10-20% di questi bambini (circa 200-400 in Italia) viene alla luce già sintomatico o svilupperà sintomi più o meno gravi nei primi anni di vita, un numero analogo a quello dei nati con la molto più nota sindrome di Down. Il costo sanitario e sociale dell'infezione congenita da CMV è enorme. In Paesi come la Germania e l'Italia i costi diretti di una infezione congenita da CMV superano i 60.000-100.000 euro, mentre le conseguenze per le famiglie colpite sono incalcolabili.

La trasmissione al feto è più frequente e le conseguenze per il bambino

NORME IGIENICHE

Per limitare il rischio di infezione primaria da citomegalovirus in gravidanza, è consigliabile da parte della gestante sieronegativa, ovvero priva di anticorpi HCMV-specifici, mettere in pratica alcune misure preventive particolarmente nei confronti di bambini piccoli (principale fonte di contagio), specialmente se frequentano l'asilo nido o la scuola materna.

1. Non condividere con il bimbo stoviglie (tazze, piatti, bicchieri, posate), cibo (non assaggiare la sua pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (asciugamani, tovaglioli), strumenti per l'igiene (spazzolino da denti), non dormire nello stesso letto.
2. Non portare alla bocca succhiotti o ciò che il bimbo possa aver messo in bocca (manine e piedini inclusi).
3. Non baciare il bambino sulla bocca o sulle guance.
4. Lavarsi frequentemente le mani con acqua e sapone e in particolare dopo aver:
 - pulito il naso e la bocca del bambino,
 - cambiato il pannolino e/o maneggiato la biancheria sporca,
 - dato la pappa.
5. Lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (seggiolone, box, passeggino) con acqua e sapone.

sono più gravi quando la gestante contrae l'infezione per la prima volta durante la gravidanza. Per ragioni legate alle caratteristiche del virus, il CMV è frequentemente e abbondantemente presente nelle urine e nella saliva dei bambini al di sotto dei tre anni di vita e una delle più frequenti modalità di infezione avviene quando si portano inavvertitamente alla bocca mani o oggetti contaminati. È questa la ragione per cui gestanti sieronegative (suscettibili all'infezione primaria), che hanno frequenti contatti con bambini piccoli, sono a elevato rischio di contrarre l'infezione. Circa i due terzi di tutte le infezioni primarie avvengono infatti in donne alla seconda o più gravidanza.

Malattie cardiovascolari e OSAS

Come altre condizioni cliniche la sindrome delle apnee ostruttive notturne va considerata una condizione predisponente allo sviluppo di cardiopatia e va “messa in bilancio” nella stima del rischio cardiovascolare di ogni singolo paziente

Antonio Ferrero* - Cristina Vella**

* SC Cardiologia ASL T05 - ** SC Laboratorio Analisi Pinerolo ASL T03 - CdL Magistrale Professioni Sanitarie - Università degli Studi di Torino

Il sonno è un fenomeno biologico naturale indispensabile nel mantenere un adeguato equilibrio psico-fisico, regolari livelli ormonali e metabolici e una buona attività cognitivo-relazionale nelle ore di veglia. Nel sonno sono distinguibili due fasi che si susseguono con un'alternanza ordinata favorendo dei processi omeostatici di regolazione cardiaca e vascolare (Figure 1a e 1b). Circa il 90% del sonno è costituito dalla fa-

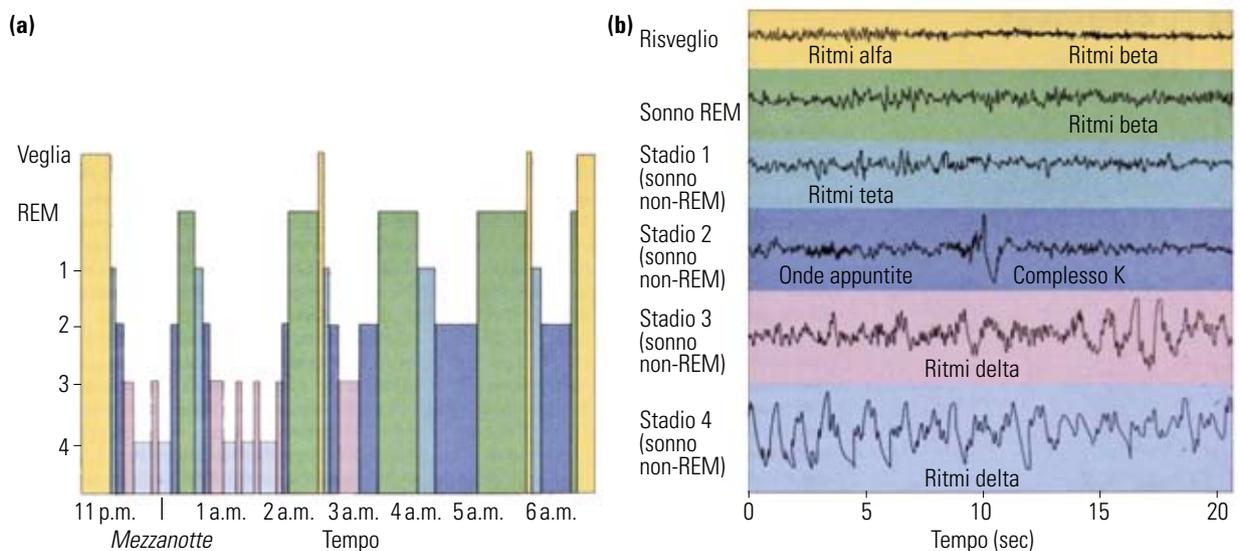
se n-REM caratterizzata da un graduale rallentamento dell'attività del sistema nervoso simpatico e da uno speculare incremento dell'attività vagale, con conseguente diminuzione della frequenza e della gittata cardiaca. Il restante 10% circa del sonno è costituito dalla fase REM rappresentata da continue oscillazioni del tono simpatico e parasimpatico, individuabili con manifestazioni cicliche di rapidi movimenti oculari.

► OSAS

Gli Sleep Disordered Breathing (SDB), sono fenomeni spesso sottodiagnosticati, che alterano il normale processo del sonno in termini di durata e/o qualità portando alla comparsa o all'aggravamento di manifestazioni cliniche cardiovascolari con implicazioni socio-economiche e di qualità per la vita per l'individuo colpito.

Figura 1

Fasi del sonno (a) e rispettive onde (b)



In particolare la sindrome delle apnee ostruttive notturne (OSAS), si manifesta con un'ostruzione parziale o completa delle vie aeree superiori e conseguente sospensione del flusso respiratorio. Si stima che circa il 5% della popolazione adulta sia affetta da questa condizione, con una maggiore prevalenza nei soggetti di sesso maschile.

La OSAS viene definita da 5 o più episodi/ora di cessazione del flusso aereo per più di 10 secondi, in possibile associazione con desaturazione emoglobinica superiore al 4% ed è caratterizzata da russamento, eccessiva sonnolenza durante il giorno, cefalea mattutina, nicturia e arousal (microrisvegli).

I fattori di rischio per la OSAS sono rappresentati da: obesità, fumo, consumo di alcolici, BMI >29 kg/m², circonferenza del collo >43 cm

nell'uomo e 41 cm nella donna, anomalie orofaringee, malattie respiratorie, ipertensione arteriosa e preesistente malattia cardiovascolare.

Molti studi e linee guida richiamano l'attenzione sull'importanza di un'attenta valutazione di questi pazienti al fine di ridurre il rischio di insorgenza di malattie cardiovascolari associate.

Per una prima valutazione dei sintomi riferiti dal paziente, viene utilizzata la Epworth Sleepiness Scale (*tabella 1*) che permette di rilevare, contestualizzare e quantificare il quadro clinico tramite l'assegnazione di un punteggio che definisce la gravità degli episodi di apnea o ipopnea (grado lieve, medio o moderato e grave).

In seguito al risultato è possibile effettuare una polisonnografia in

cui viene monitorata simultaneamente l'attività cerebrale, l'attivazione elettrica cardiaca, i movimenti oculari e il tono antigravitario.

Da un punto di vista fisiopatologico la OSAS deriva da un fattore di tipo anatomico, con riduzione del diametro del calibro delle vie aeree superiori, e da un fenomeno funzionale conseguente alla ridotta attività dei muscoli dilatatori del faringe, durante il sonno, i meccanismi neuromuscolari riflessi che mantengono la pervietà delle vie aeree superiori perdono di intensità ed efficacia, la sezione del lume faringeo tende a ridursi fino a collassare.

L'ipossiemia e l'ipercapnia che ne derivano determinano un aumento del lavoro respiratorio e brevi risvegli durante i quali si ristabilisce la pervietà delle vie aeree superiori. Alla ripresa del sonno i cicli si ripetono; questa alternanza di fasi determina naturalmente perdita del normale ciclo sonno-veglia e induce stimolazioni emodinamiche e neuroendocrine anomale.

Tabella 1

Epworth Sleepiness Scale

Che probabilità ha di appisolarsi o di addormentarsi nelle seguenti situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza?

La domanda si riferisce alle usuali abitudini di vita nell'ultimo periodo.

Qualora non si sia trovato di recente in alcune delle situazioni elencate sotto, provi a immaginare come si sentirebbe.

Usi la seguente scala per scegliere il punteggio più adatto a ogni situazione:

0 = non mi addormento mai

1 = ho qualche probabilità di addormentarmi

2 = ho una discreta probabilità di addormentarmi

3 = ho un'alta probabilità di addormentarmi

Situazioni

- Seduto mentre leggo
- Guardando la TV
- Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza)
- Passeggero in automobile, per 1 h senza sosta
- Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione
- Seduto mentre parlo con qualcuno
- Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza avere bevuto alcolici
- In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico

▶ OSAS in età pediatrica

In età pediatrica si riscontra spesso russamento per ostruzione parziale o completa delle alte vie respiratorie soprattutto dovuta alla presenza di ipertrofia del tessuto linfatico e tonsillare. Si stima che la prevalenza di russamento primario sia dell'8% nei bambini fino ai 2 anni di età e di circa il 10% nei bambini tra i 2 e 8 anni di età. La OSAS nei bambini risulta di difficile individuazione per la mancanza di sintomatologia specifica. Infatti, nella maggioranza dei casi gli unici elementi sono appunto il russamento e scarse prestazioni scolastiche. Tuttavia alcuni studi eviden-

ziano come i bambini con OSAS presentino aumentata frequenza cardiaca e valori più elevati di pressione arteriosa sia durante il sonno che durante la veglia rispetto a bambini di controllo e aumentata trombofilia.

È stato inoltre evidenziato come anche nei bambini la OSAS ha effetti negativi su alcuni meccanismi umorali-fisiologici che predispongono a una maggior probabilità di sviluppare nel tempo una malattia cardiovascolare.

► **OSAS, meccanismi di danno cardiovascolare e malattie cardiovascolari**

Le manifestazioni di OSAS durante il sonno portano a una serie di risposte meccaniche, emodinamiche, endoteliali, infiammatorie e di alterazione metabolica che hanno ricadute sul sistema cardiocircolatorio. Numerosi studi confermano come l'ipossia, l'ipercapnia e gli aumenti pressori riscontrati nella OSAS, possano condurre a produzione di specie reattive di ossigeno (ROS) e ad alterazioni del metabolismo energetico cellulare con ridotta produzione di ATP; le ROS rappresentano un potente fattore di disfunzione endoteliale, ulteriormente amplificata dalla ridotta produzione di monossido d'azoto (NO, dotato di potente vasodilatatore locale) e rilascio di sostanze vasocostrittive quali l'endotelina.

Lo stimolo ipossico può indurre produzione di citochine pro-infiammatorie, che rivestono un ruolo importante nel processo di aterosclerosi, nonché secrezione notturna di catecolamine che induce aumento delle resistenze periferiche e dei valori pressori e, secondo

recenti evidenze, a un aumento del rischio trombotico.

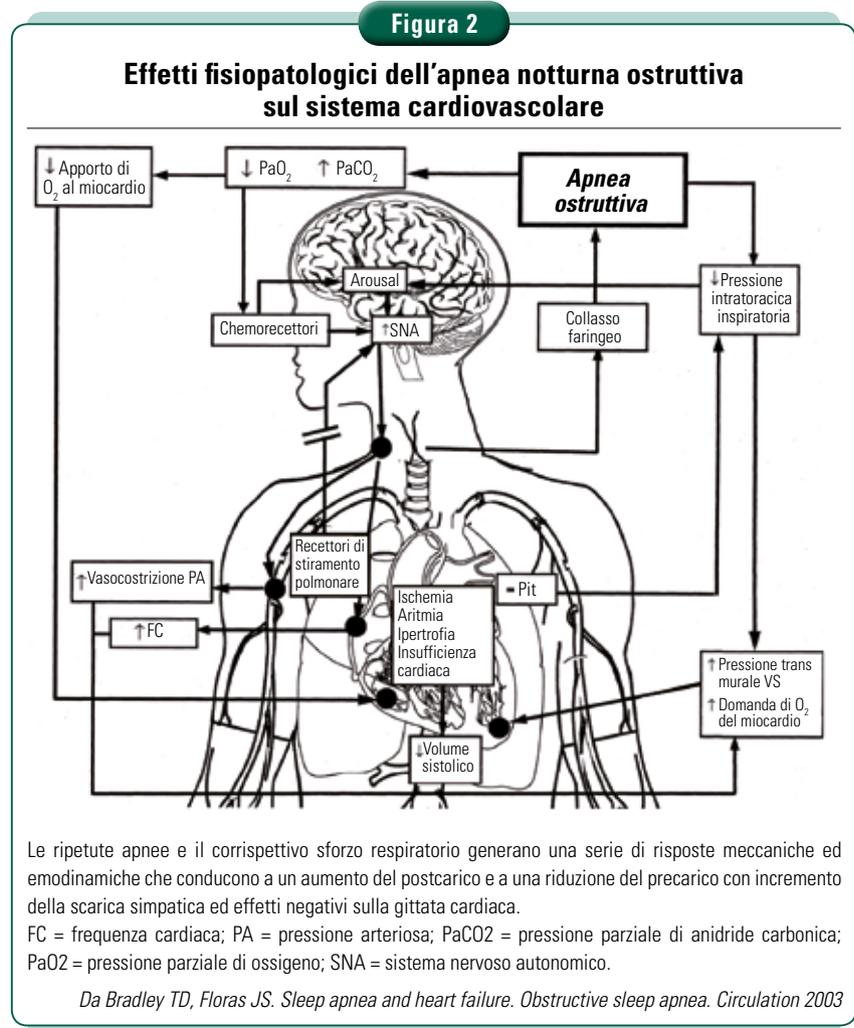
Nei soggetti affetti da OSAS, sottoposti a monitoraggio della pressione arteriosa, è più frequente riscontrare un ridotto calo pressorio notturno e talora un rialzo dei valori pressori, fattori notoriamente correlati con lo sviluppo di ipertrofia ventricolare sx (IVsx) ed eventi cardiovascolari.

Nel paziente con OSAS inoltre si evidenzia una riduzione della gittata cardiaca dovuta a un aumento del postcarico, causato da un'eccessiva pressione negativa intrato-

racica che tende a incrementare la pressione transmurale del ventricolo sinistro, e alla riduzione del precarico (dovuto all'aumento del ritorno venoso) (figura 2).

Per tali ragioni i pazienti con OSAS mostrano una maggiore prevalenza di ipertensione arteriosa e di IVsx, con incremento dell'indice di massa ventricolare, superiore ai soggetti ipertesi, esenti da OSAS.

Inoltre i pazienti con OSAS mostrano maggiori valori di glicemia, di insulinemia e di emoglobina glicosilata indipendente-





mente dall'IMC, per tale ragione l'OSAS sembra associata a un maggior rischio di sviluppare diabete mellito.

Non sorprende, a questo punto, che questa tipologia di pazienti abbia un'elevata prevalenza di scompenso cardiaco (CHF) sia sistolico che diastolico. Infatti circa il 50% dei pazienti con CHF è affetto da OSAS, mentre nello Sleep Heart Health Study la presenza di OSAS determinava un aumento del rischio relativo di CHF pari a 2.38, indipendentemente da altri fattori di rischio.

Un ultimo aspetto da prendere in considerazione è quello legato alle aritmie. In uno studio si è osservata un'incidenza di turbe del ritmo e della conduzione in soggetti con OSAS, pari al 39%. Il 50% circa di questi consisteva in arresti sinusali (2.500 a 3.000 msec) e in blocco atrioventricolare di primo o di secondo grado.

Inoltre l'OSAS è associata a molteplici meccanismi fisiopatologici che possono essere implicati direttamente o indirettamente nella patogenesi della fibrillazione atriale, tra questi: la desaturazione di ossigeno, la disfunzione diastoli-

ca, l'aumento di stress di parete atriale legato alle anomale variazioni di pressione intratoracica e l'aumento del drive simpatico durante le apnee.

► **Trattamento**

Fondamentale risulta l'intervento sui fattori modificabili migliorando l'educazione alimentare e l'igiene del sonno. Per i pazienti obesi determinante è il dimagrimento con riduzione di almeno il 10% del peso corporeo.

Il trattamento chirurgico è indicato in età pediatrica, con asportazione adenotonsillare, e in pazienti con anomalie anatomiche maxillo facciali.

Per i pazienti che presentano un grado severo di OSAS è possibile applicare, nelle ore di sonno, una pressione positiva (*Continuous positive airway pressure* - CPAP).

È stato evidenziato in più studi come l'impiego della CPAP in questi pazienti porti a un miglioramento della qualità di vita e a una significativa diminuzione dell'incidenza di ipertensione arteriosa, dei livelli plasmatici di proteina C reattiva, di leptina e dello stress ossidativo.

Tuttavia i pazienti sottoposti a CPAP riferiscono aspetti negativi quali riduzione dei movimenti, fastidio legato all'uso di mascherina e rumore del sistema, secchezza oro-nasale e ulcerazioni facciali.

► **Conclusioni**

La malattia cardiovascolare è multifattoriale e molti fattori di rischio sono comuni anche per la OSAS.

Se da un lato numerosi studi e le linee guida europee evidenziano come i pazienti con malattie cardiovascolari possano avere un peggioramento della loro situazione clinica in presenza di OSAS, dall'altro studi pediatrici e su pazienti adulti con OSAS dimostrano come questa patologia porti all'alterazione di processi metabolici-umorali implicati nell'aterosclerosi aumentando la probabilità di sviluppare patologie cardiovascolari.

Al pari di altre condizioni cliniche quali le malattie infiammatorie croniche o le terapie antitumorali, l'OSAS va quindi considerata una condizione predisponente allo sviluppo di cardiopatia e va "messa in bilancio", nella stima del rischio cardiovascolare di ogni singolo paziente.

Bibliografia

- BAI-Delaimy WK, Manson JE, Willett WC et al. Snoring as a risk factor for type II diabetes mellitus: a prospective study. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 387-393
- Arias MA, Garcia-Rio F, Alonso-Fernandez A, Mediano O, Martinez I, Villamor J. Obstructive sleep apnea syndrome affects left ventricular diastolic function: effects of nasal continuous positive airway pressure in men. *Circulation* 2005; 112: 375-83.
- Butler GC, Naughton MT, Rahman MA, Bradley TD, Floras JS. Continuous positive airway pressure increases heart rate variability in congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 672-9.
- Caples SM, Garcia-Touchard A, Somers VK. Sleep-disordered breathing and cardiovascular risk. *Sleep* 2007; 30: 291-303
- Coughlin SR, Mawdsley L, Mugarza JA et al. Obstructive sleep apnoea is independently associated with an increased prevalence of metabolic syndrome. *Eur Heart J* 2004; 25: 735-741
- Drager LF, Bortolotto LA, Figueiredo AC, Krieger EM, Lorenzi GF. Effects of continuous positive airway pressure on early signs of atherosclerosis in obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 706-12
- Dean RT, Wilcox I. Possible atherogenic effects of hypoxia during obstructive sleep apnea. *Sleep* 1993; 16 (8 Suppl): S15-S22
- Dart RA, Gregoire JR, Guterman DD, Woolf SH. The association of hypertension and secondary cardiovascular disease with sleep-disordered breathing. *Chest* 2003; 123: 244-60.
- Dursunoglu D, Dursunoglu N, Evrengul H, et al. Impact of obstructive sleep apnoea on left ventricular mass and global function. *Eur Respir J* 2005; 26: 283-8.
- Elmasry A, Lindberg E, Berne C, Janson C, Gislason T, Awad Tageldin M, Boman G. Sleep-disordered breathing and glucose metabolism in hypertensive men: a population-based study. *J Intern Med* 2001; 249: 153-161
- Gami AS, Hodge DO, Herges RM, et al. Obstructive sleep apnea, obesity, and the risk of incident atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 565-71.
- Gjørup PH, Sadauskienė L, Wessels J, Nyvad O, Strunge B, Pedersen EB. Abnormally increased endothelin-1 in plasma during the night in obstructive sleep apnea: relation to blood pressure and severity of disease. *Am J Hypertens* 2007; 20: 44-52
- Haight JS, Djupesland PG. Nitric oxide (NO) and obstructive sleep apnea (OSA). *Sleep Breath* 2003; 7: 53-62.
- Hedner J, Ejnell H, Sellgren J, Hedner T, Wallin G. Is high and fluctuating muscle nerve sympathetic activity in the sleep apnoea syndrome of pathogenic importance for the development of hypertension? *J Hypertens Suppl* 1988; 6: S529-S531.
- Hedner J, Ejnell H, Caidahl K. Left ventricular hypertrophy independent of hypertension in patients with obstructive sleep apnea. *J Hypertens* 1990; 8: 941-6.
- Kezirian EJ, Goldberg AN. Hypopharyngeal surgery in obstructive sleep apnea: an evidence-based medicine review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 132: 206-213.
- Lattimore JD, Celermaier DS, Wilcox I. Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41: 1429-1437.
- Lavie L. Obstructive sleep apnoea syndrome: an oxidative stress disorder. *Sleep Med Rev* 2003; 7: 35-51.
- Mehra R, Benjamin EJ, Shahar E, et al, for the Sleep Heart Health Study. Association of nocturnal arrhythmias with sleep-disordered breathing: the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 910-6.
- Noda A, Okada T, Yasuma F, Nakashima N, Yokota M. Cardiac hypertrophy in obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* 1995; 107: 1538-44.
- Ohga E, Tomita T, Wada H, Yamamoto H, Nagase T, Ouchi Y. Effects of obstructive sleep apnea on circulating ICAM-1, IL-8, and MCP-1. *J Appl Physiol* 2003; 94: 179-184
- Olson LJ, Somers VK. Sleep apnea: implications for heart failure. *Curr Heart Fail Rep* 2007; 4: 63-69.
- Partinem M, Hublin CH. Epidemiology of sleep disorders. In: Kringer MH, Roth TH, Dement W, eds. Principles and practice of sleep medicine. 3rd edition. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2000: 558-79.
- Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* 2000; 342: 1378-84.
- Prabhakar NR. Sleep apneas: an oxidative stress? *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 859-860
- Remmers JE, deGroot WJ, Sauerland EK, Anch AM. Pathogenesis of upper airway occlusion during sleep. *J Appl Physiol* 1978; 44: 931-8.
- Roche F, Xuong AN, Court-Fortune I, et al. Relationship among the severity of sleep apnea syndrome, cardiac arrhythmias, and autonomic imbalance. *Pacing Clin Electrophysiol* 2003; 26: 669-77.
- Ryan S, Taylor CT, McNicholas WT. Selective activation of inflammatory pathways by intermittent hypoxia in obstructive sleep apnea syndrome. *Circulation* 2005; 112: 2660-2667.
- Sanders MH. Nasal CPAP effect on patterns of sleep apnea. *Chest* 1984; 86: 839-844.
- Sanders MH, Moore SE, Eveslage J. CPAP via nasal mask: a treatment for occlusive sleep apnea. *Chest* 1983; 83: 144-145.
- Sher AE, Schechtman KB, Piccirillo JF. The efficacy of surgical modifications of the upper airway in adults with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep* 1996; 19: 156-177
- Schulz R, Seeger W, Grimminger F. Serum nitrite/nitrate levels in obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164 (10 Pt 1): 1997-8
- Schulz R, Schmidt D, Blum A, et al. Decreased plasma levels of nitric oxide derivatives in obstructive sleep apnoea: response to CPAP therapy. *Thorax* 2000; 55: 1046-51.
- Shahar E, Whitney CW, Redline S, et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 19-25
- Suzuki YJ, Jain V, Park AM, Day RM. Oxidative stress and oxidant signaling in obstructive sleep apnea and associated cardiovascular diseases. *Free Radic Biol Med* 2006; 40: 1683-92.
- Veasey SC, Guilleminault C, Strohl KP, Sanders MH, Ballard RD, Magalang UJ. Medical therapy for obstructive sleep apnea: a review by the Medical Therapy for Obstructive Sleep Apnea Task Force of the Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep* 2006; 29: 1036-1044

Appropriatezza terapeutica degli IPP

M.D. pone all'attenzione dei colleghi il documento "Appropriatezza terapeutica degli IPP", elaborato da Mmg (FIMMG), gastroenterologi (AIGO), farmacologi (SIF), di facile utilizzo in pratica clinica. Gli inibitori di pompa protonica, caratterizzati da una sicurezza e tollerabilità generalmente ottime, sono infatti la classe di farmaci più efficace per inibire la secrezione gastrica.

Il favorevole rapporto rischio-beneficio ne ha quindi favorito l'uso clinico, facendone una delle classi di farmaci più prescritte. Il razionale del documento si basa sul fatto che alcuni studi hanno evidenziato però come gli IPP vengano spesso prescritti in maniera inappropriata, con un'importante ricaduta economica anche per il Ssn.

► Introduzione

La scoperta degli inibitori di pompa protonica (IPP) ha rivoluzionato il trattamento di molte malattie gastro-intestinali acido-correlate. Gli IPP sono infatti la classe di farmaci più efficace per inibire la secrezione gastrica. Sono inoltre caratterizzati da una sicurezza e tollerabilità generalmente ottime. Il favorevole rapporto rischio-beneficio ne ha quindi favorito l'uso clinico, facendone una delle classi di farmaci più prescritte.

Un numero crescente di studi ha però messo in evidenza come gli IPP siano spesso prescritti in maniera inappropriata, con un'importante ricaduta economica anche per il Sistema Sanitario Nazionale.

In questa ottica, l'Associazione Italiana dei Gastroenterologi Ospedalieri (AIGO), la Società Italiana di Farmacologia (SIF) e la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) e hanno costituito un comitato di esperti (Carmelo Scarpignato, Angelo Zullo, Luigi Gatta, Anna Kohn, Alberto Chiriatti, Corrado Blandizzi, Walter Marrocco, Gioacchino Leandro, Antonio Balzano) per elaborare un documento sull'appropriatezza terapeutica degli IPP sintetizzando le attuali indicazioni cliniche, basate sulle evidenze presenti in letteratura.

I farmaci vanno assunto 20-30 minu-

ti prima di colazione, che deve contenere un'adeguata quantità di proteine (come latte, cappuccino, biscotti, ecc), necessaria alla stimolazione della secrezione acida e all'attivazione dei IPP, che sono pro-farmaci.

Se non altrimenti specificato, le dosi degli IPP alle quali si fa riferimento nel documento sono sempre "dosi standard", somministrate una volta al giorno (preferibilmente prima di colazione).

► Trattamento della MRGE

Gli IPP rappresentano la terapia farmacologica di prima scelta nel trattamento della MRGE con sintomi tipici (pirosi e/o rigurgito). Il trattamento per 8 settimane determina la scomparsa della sintomatologia nell'80% dei pazienti.

Nei pazienti con MRGE non erosiva (NERD) gli IPP per 8 settimane sono in genere sufficienti per determinare una scomparsa della sintomatologia. Tuttavia, in alcuni sottogruppi di pazienti (quelli con esofago ipersensibile all'acido o al reflusso non acido), gli IPP sono o parzialmente efficaci o inefficaci e necessitano spesso di terapie *add-on* (formulazioni contenenti alginati, procinetici, o in casi particolari, baclofen).

Il beneficio degli IPP nei pazienti con sintomi atipici (tosse, raucedine, bo-

lo faringeo, asma, ecc.) non è costante. Mentre il dolore toracico, le aritmie, i disturbi del sonno e le manifestazioni orali legati alla MRGE rispondono adeguatamente all'inibizione della secrezione acida, la tosse cronica, la laringite da reflusso, l'asma e il cosiddetto globo faringeo sono particolarmente resistenti agli IPP (anche a dose doppia) ed è spesso necessaria una terapia di associazione con altri farmaci.

Nei pazienti con esofagite di grado A o B (secondo la classificazione di Los Angeles) la terapia con IPP per 8 settimane è sufficiente a determinare una cicatrizzazione delle lesioni esofagee.

In presenza di esofagite C o D la terapia con doppia dose di IPP per 8 settimane garantisce un migliore guadagno terapeutico.

Nei pazienti con esofago di Barrett documentato istologicamente, la terapia con IPP deve essere personalizzata in modo da ottenere un'inibizione intensa e prolungata della secrezione acida e consentire un effetto di chemio-prevenzione nei riguardi del rischio neoplastico.

Poiché la MRGE è una malattia cronica, recidivante, un trattamento a lungo termine (continuo, intermittente o al bisogno in base alle caratteristiche cliniche del paziente) si rende spesso necessario.

► Eradicazione dell'infezione da *H. pylori* e terapia dell'ulcera peptica

Gli IPP rappresentano un componente fondamentale di qualunque tipo di terapia eradicante (triplice, quadruplice, concomitante, sequenziale, ecc.), utilizzata nella pratica clinica. I valori di pH intragastrico notturno, la durata dell'inibizione secretoria e la presenza di NAB (Nocturnal Acid Breakthrough) influenzano direttamente l'efficacia dei regimi eradicanti. Alcuni studi suggeriscono che, è grazie alle peculiarità del loro catabolismo, il rabeprazolo e l'esomeprazolo possono determinare una maggiore efficacia delle terapie eradicanti.

L'eradicazione dell'infezione da *H. pylori* determina quasi sempre la guarigione dell'ulcera peptica (gastrica e duodenale), per cui non è necessaria alcuna terapia di mantenimento con IPP.

Esiste tuttavia un'ulcera peptica idiopatica (*H. pylori*-negativa, in pazienti che non assumono FANS), che necessita di una terapia a lungo termine con dosi standard di IPP.

► Dispepsia

Nei pazienti giovani (<45 anni) e senza sintomi di allarme, la dispepsia viene generalmente trattata empiricamente con la ricerca dell'infezione da *H. pylori* tramite test non invasivi (UBT o test antigeni fecali) e la conseguente terapia eradicante che prevede regimi contenenti un IPP.

Un ciclo di terapia con IPP della durata di 4-8 settimane è inoltre indicato nei pazienti che, nonostante l'eradicazione dell'infezione, continuano ad avere sintomi, o nei pazienti non infetti con dispepsia caratterizzata soprattutto da dolore

epigastrico (la cosiddetta *Epigastric Pain Syndrome*, secondo i criteri di Roma III).

Anche i sintomi dispeptici, che possono insorgere con la somministrazione di FANS, migliorano significativamente con la co-somministrazione di IPP. L'approccio descritto si applica anche ai pazienti con dispepsia funzionale, in cui l'esofago-gastro-duodeno-scopia ha escluso una patologia organica.

► Pazienti che assumono...

- **FANS** - Gli IPP sono indicati per la prevenzione delle complicanze gastrointestinali (sanguinamento e/o perforazione) nei pazienti, rischio di complicanze (che presentano ≥ 1 fattori di rischio: età >65 anni, storia di malattia peptica, uso concomitante di steroidi e/o terapia antiaggregante e/o terapia anticoagulante), che assumono FANS non selettivi o nei pazienti, con precedente sanguinamento da ulcera peptica, che assumono FANS selettivi nei riguardi della COX-2. Gli IPP migliorano anche i sintomi dispeptici associati alla somministrazione di FANS (selettivi e non). Tuttavia, gli eventi avversi determinati dai FANS (selettivi o non) a carico dell'apparato gastrointestinale inferiore non sono prevenuti (e potrebbero essere addirittura aggravati) dall'utilizzo degli IPP. Prima di iniziare la terapia a lungo termine è indicata la ricerca e l'eradicazione dell'infezione da *H. pylori*.

- **Antiaggreganti o anticoagulanti** - Gli IPP sono indicati per la protezione della mucosa gastro-duodenale di tutti i pazienti in terapia antiaggregante a rischio di sanguinamento (pazienti che presentano ≥ 1 fra i seguenti fattori di rischio:

età >65 anni, storia di malattia peptica, uso concomitante di steroidi e/o anticoagulanti). La terapia con soli anticoagulanti non si è dimostrata essere lesiva della mucosa gastroduodenale e quindi non necessita di terapia con IPP.

Nei pazienti che assumono antagonisti della vitamina K e iniziano o sospendono la terapia con IPP, è necessario un monitoraggio più frequente dell'INR. Nei pazienti che assumono clopidogrel o antagonisti della vitamina K, pantoprazolo e rabeprazolo rappresentato gli IPP di scelta.

- **Corticosteroidi** - La terapia con corticosteroidi non esercita alcun effetto lesivo sulla mucosa gastro-duodenale, ma aumenta la tossicità dei FANS.

Per questo motivo, la gastroprotezione con gli IPP non è indicata, ad eccezione dei pazienti che assumono contemporaneamente FANS o abbiano una storia pregressa di malattia ulcera peptica.

► Emorragia gastrointestinale superiore non dovuta a varici esofagee

Il trattamento delle emorragie gastrointestinali del tratto digestivo superiore è fondamentalmente endoscopico. Tuttavia, gli IPP dopo la terapia endoscopica riducono il rischio di risanguinamento e la necessità di un trattamento chirurgico, con un effetto positivo sulla mortalità per i pazienti ad alto rischio. La somministrazione pre-ospedaliera (orale o intravenosa) degli IPP può essere utile nel determinare una riduzione della gravità delle lesioni gastro-duodenali, aumentando così le probabilità di successo dell'emostasi endoscopica.

► Cirrosi epatica

L'utilizzo degli IPP nei cirrotici deve essere prudente poiché non vi sono evidenze di loro benefici in questo tipo di pazienti, ad eccezione della riduzione del rischio di ulcere esofagee dopo scleroterapia o legatura delle varici. Vi sono alcune evidenze che indicano come il loro uso possa essere associato allo sviluppo di peritonite batterica spontanea.

► Politerapia e sicurezza

La prescrizione di IPP non è giustificata nei pazienti in poli-farmacoterapia. Gli IPP possono interferire con il rilascio gastrointestinale o con il metabolismo epatico di diversi farmaci. Questa interazione è particolarmente rilevante per farmaci con un indice terapeutico ridotto (benzodiazepine, antagonisti della vitamina K, anti-epilettici, antimicotici, ecc.). L'interazione può essere più rilevante nei

soggetti non caucasici.

La terapia a breve e lungo termine con IPP è ben tollerata, con un'incidenza di effetti indesiderati compresa tra 1 e 3%. Alcuni di questi effetti sono biologicamente plausibili e prevedibili. Altri, più rari, sono idiosincrasici e non prevedibili. In ogni caso, i benefici dell'utilizzo appropriato degli IPP sono nettamente superiori ai potenziali rischi.

Sinossi

Setting	Indicazioni
Reflusso gastroesofageo con sintomi tipici (pirosi, rigurgito)	PPI per 8 settimane.
MRGE non erosiva	PPI per 8 settimane.
Esofagite da reflusso grado A o B secondo la classificazione di Los Angeles	PPI per 8 settimane.
Esofagite da reflusso grado C o D secondo la classificazione di Los Angeles	PPI a dosi doppie per 8 settimane.
Reflusso gastroesofageo con sintomi atipici	Dosi doppie di PPI per 1-3 mesi. Se persistono i sintomi associare terapie <i>add-on</i> .
Dispepsia	Ricerca e trattare l'infezione da <i>H. pylori</i> . PPI per 4-8 settimane nei pazienti non infetti o in quelli che non migliorano dopo l'eradicazione soprattutto nei pazienti con prevalente dolore epigastrico (<i>Epigastric Pain Syndrome</i> secondo i criteri di Roma III).
Terapia con FANS	PPI a lungo termine (Nota 1 AIFA) solo nei soggetti a rischio di complicanze (≥ 1 fra i seguenti fattori di rischio: età >65 anni; storia di malattia peptica, uso concomitante di s di Catania teroidi e/o anticoagulanti). Prima di iniziare terapia a lungo termine è indicata la ricerca e l'eradicazione dell'infezione da <i>H. pylori</i> .
Terapia con antiaggreganti	PPI a lungo termine (Nota 1 AIFA) solo nei soggetti rischio di complicanze (ovvero pazienti che presentano ≥ 1 fra i seguenti fattori di rischio: età >65 anni; storia di malattia peptica, uso concomitante di steroidi e/o anticoagulanti)
Terapia con steroidi	Non è indicata terapia con IPP tranne che nei pazienti che assumono contemporaneamente FANS.
Terapia con anticoagulanti orali	Non è necessaria terapia con IPP tranne che nei pazienti che assumono FANS e/o antiaggreganti. Il pantoprazolo e il rabeprazolo rappresentano gli IPP di scelta.
Pazienti con cirrosi epatica	Il trattamento con IPP per la prevenzione del sanguinamento da varici non è consigliato.
Politerapia	Nei casi in cui una terapia con IPP si impone, pantoprazolo e rabeprazolo sono le molecole da preferire.

Se non altrimenti specificato, le dosi degli IPP alle quali si fa riferimento sono sempre dosi standard, somministrate una volta al giorno (prima di colazione).

Deficit cognitivi in medicina generale

Diversi casi di deficit cognitivi iniziali hanno una causa reversibile da indagare con le opportune indagini diagnostiche, nel frattempo alcuni approcci terapeutici permettono di ottenere uno stato di benessere cognitivo che motiva i pazienti alla compliance

Marco Ricchi

Medico di assistenza primaria, endocrinologo - Asl Viterbo 3

Nella pratica di medico generalista ciascuno di noi nota sempre con più frequenza un gruppo di assistiti con età compresa tra i 65 e i 90 anni affetto da deficit cognitivi di vario grado.

Una parte di questi soggetti abbandona i percorsi diagnostici e terapeutici proposti dai centri di Unità Valutative Alzheimer vuoi per riservatezza, eccessiva lungaggine del percorso, ridotta empatia, ecc; un'altra parte rifiuta di essere avviata alle indagini dei centri specialistici chiedendo al proprio medico di riferimento un aiuto personalizzato.

► Ridotta riserva encefalica

Premesso che il 22% dei deficit cognitivi ha una causa reversibile che si può scoprire con le opportune indagini diagnostiche (ipotiroidismo, deficit di vitamine del gruppo B, idrocefalo normoteso, malattia di Addison, alterazioni idroelettrolitiche, farmaci tra i quali idrossiclorochina per le malattie reumatiche, anticolinergici), i deficit della memoria e cognitivi andrebbero trattati in linea generale alla loro insorgenza sotto forma di sintomatologia lieve o ridotta riserva encefalica.

Per ridotta riserva encefalica si intende la comparsa di uno stato di

disorientamento o di confusione mentale che compare in seguito a febbre, ricoveri ospedalieri o stress di varia natura, salvo poi regredire in condizioni di normalità e familiarità ambientale.

► Approccio farmacologico

Ciò che la ricerca più recente ci propone è l'uso dell'antidepressivo paroxetina, molecola generica a basso costo capace di aumentare il numero di neuroni nell'ippocampo (centro di elaborazione della memoria) a partire da cellule staminali endogene, e ancora di più in grado di aumentare la densità delle spine dendritiche per unità di volume, migliorando le performance cognitive e di elaborazione.

Altro oligoelemento proposto è il litio, in questo caso si usa non per disturbi psichiatrici, ma in quanto elemento in grado di attivare il gene per la sintesi della proteina REST, proteina che protegge i neuroni dagli stress ossidativi e dalla morte cellulare indotta dalle placche amiloidi.

La nicotina disponibile in compresse da 2 o 4 milligrammi attiva i recettori nicotinici dell'ippocampo e dell'encefalo sia per la memoria breve e sia per l'eloquio verbale e il calcolo.

La galantamina è in grado di attivare i recettori NCAM responsabili del rimodellamento delle sinapsi neuronali (efficienza di elaborazione per unità di volume), e molecola preferita nelle forme di deficit cognitivi di origine vascolare.

Sin dalla somministrazione di queste quattro molecole è possibile verificare nei pazienti che lamentano deficit cognitivi iniziali uno stato di benessere cognitivo che li motiva alla prosecuzione della terapia.

► Approccio non farmacologico

Sebbene le molecole in grado di potenziare le prestazioni cognitive sono numerose (come si può evincere dal recente testo di ricerca *Cognitive Enhancement* di Shira Knafo e Cèsar Venero), ai più giovani si ricorda come alcune pratiche non farmacologiche hanno ampiamente dimostrato la loro efficacia nel reclutamento di nuovi neuroni e nella densità di sinapsi quali l'attività fisica, il digiuno bisettimanale, la meditazione e lo studio.

Bibliografia

- Aging. Harrison's. Principle of internal medicine, 19th edition.
- Dementia. Harrison's. Principle of internal medicine, 19th edition.
- Knafo S, Venero C. Cognitive Enhancement. Elsevier 2015

Apatia e iniziale demenza di Alzheimer

Un quadro di depressione associato o meno ad apatia, soprattutto quando compare in un anziano deve far sospettare la possibilità di una coesistenza o di uno sviluppo successivo di una patologia neurodegenerativa come una demenza o la malattia di Parkinson, oppure può essere la spia di un danno vascolare cerebrale “cronico”, spesso sub-clinico

Ferdinando Schiavo
Neurologo, Udine

Da un imprenditore superattivo come lui non se la sarebbero aspettata, né i familiari né gli amici. A 78 anni Donato era diventato “depresso” nello spazio di un anno. Non andava più a dare una mano all’azienda affidata da qualche anno alle sapienti e scrupolose mani del figlio, rinviava le occasioni di spazi sociali che aveva coltivato con costanza e impegno, rubando volentieri tempo al suo amato lavoro.

Il suo medico e poi un geriatra gli avevano consigliato degli antidepressivi, ne aveva provati in successione almeno quattro, ma senza ottenere alcun miglioramento. Anzi, era diventato esageratamente tranquillo e sereno, con qualche problema nel programmare la giornata e nei banali, consueti lavoretti nel giardino che lo avevano sempre appassionato.

“Anche lei mi conferma quanto mi ha appena detto sua moglie? Che da un anno ha cominciato a non essere più quello di prima?” “Devo riconoscere che qualcosa è cambiato, ma non molto”.

“Che sensazioni avverte? Tristezza, senso di inutilità, paura per il futuro, angoscia al mattino all’idea della giornata da affrontare, ansia per le piccole e grandi cose, o

percepisce negli altri sguardi di commiserazione?

“No, niente di tutto ciò: non ho voglia e basta, ero e resto sereno. Adesso mi sento anche un po’ stanco, ma in fondo vivo bene. Sono preoccupati invece i miei familiari. Esagerati! Non volevo neanche venire, è un anno che vado da medici e non sono abituato. E poi, non ho nulla io!”

“Proverei a ridurre intanto l’antidepressivo a metà dose e vorrei che facesse un esame del sangue e una RM cerebrale. Poi deciderò se fare poco altro e la lascerò in pace!”.

Insomma, era un apatico e non un depresso. Ed era apparentemente peggiorato con gli antidepressivi (tutti di tipo serotoninergico, gli SSRI).

► Prime indagini

Un test cognitivo veloce, il classico Mini-Mental (MMSE), rivelava una certa lentezza e qualche difficoltà nell’ambito dei processi attentivi e di memoria. Sulla base dei “numeri” era nei cosiddetti limiti della norma, ma lo “stile” nell’affrontare alcune domande avevano impressionato me e i familiari presenti (che mi avevano

fornito una preziosa testimonianza di come si comportasse Donato fino a pochi anni prima).

In questi casi è utile fare eseguire un esame di immagine come la TC o la RM cerebrale allo scopo di eliminare il sospetto di “sorprese” (tumori frontali ecc.) e degli esami ematochimici con la stessa finalità: escludere anomalie del funzionamento della tiroide e delle paratiroidi, un abbassamento dei livelli del sodio, peraltro possibile con questi farmaci, un aumento degli indici infiammatori, anemia, ecc.

► Rivalutazione neuropsicologica

Alla risposta sostanzialmente negativa degli esami umorali e della RM, ho consigliato una rivalutazione neuropsicologica di tipo estensivo che confermò l’esistenza di alterazioni dell’attenzione selettiva, perseverazioni e anomalie di programmazione, iniziale riduzione della memoria verbale: un quadro cognitivo prevalentemente “frontale” che si sposava alla perfezione all’apatia, rendendo suggestivo il sospetto di possibile iniziale demenza di Alzheimer “a impronta frontale”.

► L'apatia, questa sconosciuta

L'apatia, senza dubbio, era peggiorata con gli antidepressivi. Comportamenti apatici e depressivi sono spesso associati in psichiatria.

Tuttavia, l'apatia, quando è isolata, può essere erroneamente interpretata come depressione e questa approssimazione può avere delle ripercussioni pratiche, ovvero il peggioramento dell'apatia in seguito al trattamento con antidepressivi.

L'apatia è il più frequente disturbo comportamentale riscontrato nelle demenze, ed è caratterizzata dalla diminuzione o dall'assenza di qualsiasi reazione emotiva di fronte a situazioni o eventi, associata a inerzia fisica, assenza di spirito d'iniziativa, riduzione dei comportamenti finalizzati per mancanza di motivazione, trascuratezza della persona, distacco verso l'ambiente, indifferenza e ritrosia nei confronti di eventuali nuove esperienze. L'incapacità di manifestare emozioni si ripercuote nell'espressività vocale, facciale e gestuale che appaiono ridotte. L'apatia può comportare anche alterazione dell'attività sessuale e di quella nutrizionale. Si distingue dalla depressione in quanto, fra l'altro, il paziente apatico non prova disagio per la sua condizione e per l'assenza dei sintomi cardine tipici della depressione.

Come fare a capire se si tratta di apatia isolata? La persona con apatia, alle domande tipo "perché non esce e non va più a giocare a carte al bar, o a pesca? Si sente angosciato, ansioso, inquieto, inutile, in colpa, senza prospettive per il futuro, ecc?", risponderà

con un tranquillo no, magari accompagnato da un sereno sorriso. Interpretare peraltro un comportamento apatico isolato in modo inesatto può comportare un errore terapeutico. È un dato ancora abbastanza oscuro a gran parte della classe medica: l'apatico "puro" quasi sempre non trae alcun beneficio da una terapia con antidepressivi, soprattutto gli SSRI, farmaci che possono invece provocare astenia, sonnolenza, l'accentuazione dell'apatia stessa e dei deficit cognitivi spesso associati.

Un altro dato interessante: un quadro di depressione, o comunque un cambiamento dell'umore, associato o meno ad apatia, quando compare in un anziano (o non anziano: le malattie neurodegenerative o molte patologie cerebrali possono presentarsi anche in soggetti di 50-60 anni o più giovani ancora), soprattutto se privo di un'apparente causa che lo giustifichi, deve far sospettare la possibilità di una coesistenza o di uno sviluppo successivo, nello spazio di mesi o di pochi anni, di una patologia neurodegenerativa come una demenza (alzheimeriana o di altro tipo) o la malattia di Parkinson, oppure è la spia di un danno vascolare cerebrale "cronico", spesso sub-clinico, ovvero non chiaramente manifesto.

► Conclusioni

Chiedi un incontro alla moglie e al figlio, dando ampie spiegazioni sul sospetto che si trattasse verosimilmente di una forma iniziale di demenza alzheimeriana.

Da parte dei familiari era dura accettare una diagnosi di demenza; la demenza, anzi, le demenze

sono realtà che vengono accolte comprensibilmente con un misto di sorpresa e di spaesamento, soprattutto quando non sono presenti i classici disturbi di memoria per i fatti recenti a cui il modello di tipo alzheimeriano ci ha abituati. Tuttavia, impiegando bene informazione, empatia e conoscenze il medico è nella condizione di enunciare i suoi sospetti e ricevere la collaborazione dei familiari.

"Mi sembra un po' migliorato rispetto a venti giorni fa con la precedente riduzione". "Anche a noi sembra così".

"Proverei con dei farmaci che agiscono, se Donato risponderà positivamente, incrementando l'acetilcolina cerebrale. Cioè cambiamo benzina! Non serotonina ma acetilcolina. Gli inibitori delle colinesterasi (I-ChE), possono migliorare il quadro cognitivo e anche alcuni aspetti comportamentali (l'apatia in particolare) in un paziente su tre o quattro. Lo so, non è una grande prospettiva, ma a mio parere va provata". "Va bene proviamo. Ci spieghi come dobbiamo fare". "Riducete l'antidepressivo ulteriormente fino alla sospensione nello spazio di dieci giorni".

Il farmaco migliorò gli aspetti cognitivi e anche quelli apatici (paziente responder agli I-ChE). Ovviamente, anche la sospensione dell'antidepressivo serotoninergico aveva fatto la sua parte.

Questo caso clinico è stato pubblicato anche in www.perlungavita.it

ed è liberamente tratto da: Schiavo F.

"Malati per forza: gli anziani fragili,

il medico e gli eventi avversi

neurologici da farmaci",

Maggioli Editore 2014

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

*Medico di famiglia - Venezia
Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine*

Lunedì

Lo scorso anno i medici di medicina generale della mia Asl hanno ricevuto 168 email dagli uffici direzionali e amministrativi della medesima, una trentina in più dell'anno precedente e una cinquantina in più di due anni fa. Anche quest'anno il ritmo di ricezione è incalzante, siamo già a oltre 80 nella prima prima metà dell'anno.

Le mail riguardano prevalentemente nuovi compiti burocratici e organizzativi e riguardano ben poco il "core" della professione, cioè il farsi carico della cura di chi soffre. Riguardano l'attivazione di nuovi ambulatori specialistici, modalità di invio in ospedale, modalità di compilazione di moduli, report sulla prescrizione farmaceutica e attivazione di modalità organizzative della medicina territoriale.

La cadenza di queste mail è al limite dello *stalking* e di fatto impedisce la reale organizzazione del lavoro e dello studio; la maggior parte di esse è accompagnata da allegati che comportano, per essere interpretati, una cospicua perdita di tempo.

Tutto questo si associa ormai a un insopportabile carico fiscale e a una serie di adempimenti per cui sono previsti indispensabili incontri di formazione. L'aggiornamento dei medici a questo punto riguarda quasi esclusivamente questi argomenti e i corsi relativi a questi temi ormai forniscono crediti ECM, ne sono esempio il corso organizzato dell'Ordine dei Medici sulla fatturazione elettronica o quelli organizzati dalla Asl sulle modalità di compilazione della ricetta dematerializzata per le prescrizioni specialistiche.

Insomma l'organizzazione del lavoro, i bisogni formativi, e l'erogazione delle cure non sono più libere competenze dei medici ma sono pianificate da un sistema burocratico-organizzativo che si interfaccia con il mondo medico solo attraverso le organizzazioni sindacali che di fatto oltre a "farsi carico" dell'Ordine dei Medici e delle Scuole Regionali di Formazione sono l'interlocutore unico anche per gli aspetti squisitamente scientifico-professionali come linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici (Università e Società scientifiche non esistono).

Ogni Asl ormai si configura come un'entità distinta dalle altre dove le modalità di accesso alla diagnostica, le modalità di ammissione al secondo livello di cura e l'offerta di assistenza possono differire da quanto avviene nelle Aziende sanitarie limitrofe. Il medico di medicina generale pur essendo medico del Servizio sanitario nazionale, di fatto, ha una serie di limitazioni che gli impediscono di inviare un paziente per consulenze o terapie in una Asl che non sia quella in cui opera. È intuitivo che il sistema sta diventando sempre più illiberale e che la mancanza di libertà dei medici si trasforma in mancanza di libertà per gli ignari e inconsapevoli cittadini.

È palese pure come questo sistema disincentivi il merito, porti a un'omogeneizzazione al ribasso delle prestazioni mediche delle cure primarie e favorisca il *burn-out* dei professionisti.

L'aggregazione coatta dei medici, senza alcuna evidenza che questo comporti un miglioramento del servizio (anzi pare sia il contrario), molto probabilmente disincenti-

verà i giovani medici a scegliere questa professione i cui motivi di predilezione erano proprio indipendenza e autonomia. È forse proprio questo che si vuole: che la medicina di famiglia sparisca.

Martedì

Mi è stato inviato dalla Asl un Decreto Regionale per "la formazione di un elenco regionale di candidati idonei alla nomina a Coordinatore del Coordinamento regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria". Aver letto che esiste il coordinatore del coordinamento mi ricorda che sono in Italia, come mi ricorda che vivo in questo Paese il fatto che il bando è stato inviato praticamente in scadenza.

Mercoledì

Durante una pubblica assemblea ha inveito contro gli amministratori comunali perché i vigili non avevano concesso il pass per il parcheggio nelle aree dedicate ai disabili al cognato con deficit cognitivo congenito. Ha ottenuto il pass in un altro Comune. Oggi è venuto a chiedermi per la stessa persona il certificato di idoneità sportiva non agonistica perché deve fare una gara podistica.

Giovedì

Ho visto un nuovo paziente, si è appena iscritto nel mio elenco, è stato operato più di sei anni fa per un carcinoma della prostata. Mi ha chiesto due impegnative, una per il PSA e una per una visita radioterapica di controllo. Gli ho fatto presente che forse non vale la pena che continui a farsi vedere dal radioterapista e che sono in grado di seguirlo correttamente. Il radioterapista controlla il PSA ed esegue una esplorazione rettale.

Quando gli ho detto che sono cose che so

fare, e che mi posso assumere la responsabilità dei controlli, ha insistito per avere l'impegnativa. Sono stato colto da un senso di frustrazione e amarezza, ancora una volta mi è stata riconfermata la considerazione che la gente ha della medicina "di base" e su cosa si aspetta da essa. Ho fatto presente al paziente, con maniere gentili, che sono un dottore e che se non si fida del sottoscritto può affidarsi a un altro di cui si fidi o a un altro che gli fornisca le impegnative che richiede.

Se ne è andato, si rivolgerà a un altro sanitario, con buona pace del sottoscritto e con l'ennesima sconfitta della medicina generale.

Venerdì

- Sms: "Dott. Maso sono la figlia di CG. So benissimo che non è il suo orario. Io però penso che mia madre non stia prendendo regolarmente aripiprazolo come da indicazione della psichiatra. Non è che si dimentica, secondo me sono decisioni che prende deliberatamente. Cosa è giusto fare? Portarla da lei o dalla psichiatra? Per quanto poi possa servire, perché non è controllata h24! Ma i vicini la sentono parlare di notte... In realtà parla, ride e piange da sola da decenni, quindi il mio massimo desiderio sarebbe quello che i vicini almeno dormissero! Grazie, L."

- "Dottore ho bisogno di alcuni giorni di malattia perché mi hanno chiamato in servizio ma io ho già prenotato una crociera e non posso perdere la caparra!". Richiesta di un carabiniere.

Sabato

"Mia madre sta molto male, ha molta tosse, un forte dolore al torace, non riesco ad alzarla, viene lei o chiamo l'ambulanza?". Arrivo a domicilio, l'anziana cammina per la casa, non ha tosse e ha un modesto dolore intercostale. Tanto è gratis!

Attualità sul tumore mammario

Presso l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano si è svolta la XVII Edizione della "Milan Breast Cancer Conference", il più importante appuntamento internazionale sul tumore della mammella. Al centro delle re-

lazioni ampio spazio è stato dedicato alla mastectomia conservativa e alla chirurgia ricostruttiva, alle strategie volte a ridurre la chirurgia e la radioterapia, senza tralasciare alcune situazioni cliniche particolari.

È finita l'era del linfonodo sentinella?

Fino a prima degli anni 70 prevaleva il concetto che l'intervento sui linfonodi ascellari fosse terapeutico. Con la nuova era della chirurgia conservativa della mammella e delle terapie adiuvanti la dissezione ascellare è stata vista come un momento di staging.

"Dalla metà degli anni 90 - spiega **Roberto Agresti**, SC di Chirurgia Generale indirizzo oncologico 3 della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano - il ricorso al linfonodo sentinella è diventato il nuovo standard di approccio ed è stato per molto tem-

po usato per discriminare se fare o meno la dissezione ascellare". Recentemente alcuni studi hanno suggerito che anche in caso di positività potrebbe non essere necessaria la dissezione ascellare. La ricerca di fattori prognostici discriminanti sul tumore primitivo ha portato a risultati interessanti e in questo contesto, i risultati di un trial monocentrico svolto all'IST di Milano, che ha confrontato pazienti con chirurgia conservativa e dissezione ascellare e pazienti trattate con la sola quadrangectomia (tumori piccoli, T1N0), ha mo-

strato che le curve di sopravvivenza a 10 anni erano identiche. "Classificando le pazienti sulla base di fattori relativi al tumore primitivo identifichiamo meno pazienti ad alto rischio per i quali è giusto prescrivere una terapia adiuvante". Se questo fosse confermato potrebbe essere ridotto sensibilmente il ricorso a terapie adiuvanti.



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

Evoluzione del trattamento radioterapico

Il ruolo della radioterapia nell'ambito del trattamento integrato è molto cambiato negli ultimi anni. "Grazie anche alle nuove tecnologie, che permettono un trattamento sempre più preciso e mirato - spiega **Roberto Orecchia**, Direttore Scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia - si sono imposti nuovi approcci e nuovi schemi terapeutici, in particolare nel frazionamento della dose.

Dallo schema classico, dopo chirurgia conservativa, che prevedeva 6 settimane di trattamento, oggi esiste uno standard parallelo che permette di ridurre considerevolmente i tempi e che consiste in un trattamento generalmente di 15 sedute, corrispondenti a 3 settimane di trattamento". Sono poi state sperimentate con successo altre alternative, come per esempio l'irradiazione

parziale della mammella, riservata a una minoranza delle pazienti (20-25%) e che consente di focalizzare l'irradiazione alla zona del letto tumorale e a un piccolo margine circostante.

"L'evoluzione che ci aspettiamo nel futuro è quella di selezionare sempre di più le pazienti da sottoporre a radioterapia, ma anche di valutare la reale possibilità di non praticare la radioterapia in alcuni casi, basandosi sull'età della paziente e su caratteri di tipo biologico", in presenza di basso rischio

di recidiva. Un'altra novità è la possibilità, anche qui in casi selezionati, che la radioterapia sostituisca lo svuotamento ascellare in pazienti con linfonodo sentinella positivo.

tuisca lo svuotamento ascellare in pazienti con linfonodo sentinella positivo.



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

I progressi della chirurgia ricostruttiva

Limitare il più possibile l'aggressività dell'intervento terapeutico è un obiettivo importante dell'approccio ai tumori. Per quanto riguarda il tumore della mammella, va anche aggiunta l'importanza attribuita alla conservazione degli aspetti estetici. La chirurgia "nipple sparing" e quella ricostruttiva nascono come risposta all'evoluzione conservativa del trattamento del tumore della mammella. Grazie all'accuratezza della diagnostica per immagini è sempre più frequente il riscontro di tumori multifocali o micro calcificazioni diffuse a tutta la mammella, spesso espressione di tumori in situ. In questi casi è necessario asportare l'intera ghiandola.

Nella mastectomia conservativa il chirurgo senologo asporta la ghiandola lasciando intonsi la cute e il complesso areola-capezzolo (salvo

i casi in cui la malattia è estesa a quest'area), e subito dopo i chirurghi plastici ricostruiscono la mammella originaria inserendo una protesi. In questo modo è possibile conciliare al meglio le esigenze oncologiche a quelle estetiche. Gli enormi progressi nelle tecniche chirurgiche di precisione e nei materiali utilizzati per le protesi garantiscono oggi risultati eccellenti.

"All'IEO stiamo sviluppando molto la parte ricostruttiva in seguito a intervento per tumore della mammella - spiega **Mario Rietjens**, Direttore della Divisione di Chirurgia Plastica Ricostruttiva. "In particolare vi sono ora due tecniche che si stanno rivelando in quest'ambito particolarmente utili e innovative: l'utilizzo del trapianto del grasso per correggere piccoli difetti dopo la ricostruzione o, in certi casi sele-

zionati, per ricostruire tutta la mammella", e il ricorso a un materiale, chiamato, "dermal matrix" per ricoprire le protesi.

"La prima - continua Rietjens - è una tecnica molto semplice, che può essere eseguita anche in anestesia locale e che non ha controindicazioni particolari. La seconda tecnica, che sta dando ottimi risultati, è una specie di rete di collagene che offre supporto e favorisce la cicatrizzazione dei tessuti intorno alla protesi, rendendo il risultato migliore e più semplice da eseguire. Il grosso vantaggio è che incrementa il risultato estetico perché riduce il fenomeno di rigetto della protesi."



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

Mastoplastica additiva e sviluppo di tumore

Un discorso a parte va fatto per una particolare categoria di pazienti, costituita dalle donne già sottoposte a mastoplastica additiva: un tipo di intervento sempre più frequente, per cui il riscontro di tumore mammario non è così raro. In queste pazienti ci sono degli aspetti peculiari da considerare. Sottolinea **Paolo Veronesi**, Direttore della Senologia Chirurgica allo

IEO: "Paradossalmente, nonostante tanti allarmismi, il rischio di tumore della mammella è ridotto almeno del 40% rispetto alle altre donne", per motivi ancora in gran parte da chiarire. "Anche la diagnosi sembra più semplice, soprattutto perché la ghiandola è spinta in avanti dalla protesi ed è più facile individuare eventuali neoplasie". È tuttavia importan-

te porre un'attenta diagnosi differenziale, tenendo in considerazione i fattori legati alla protesi e ricorrendo, come sempre, a ecografia, mammografia e RMN.



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

Teatroterapia nella malattia oncologica

L'uso del corpo, spesso martoriato da chemioterapie, radioterapie e interventi chirurgici, in modo leggero, esilarante e divertente, utilizzando il teatro può essere una cura complementare alla malattia oncologica, così come raccontato in questa esperienza riferibile all'Istituto Oncologico Veneto di Padova

Giuseppe Palermo

*Psicologo clinico - Mediatore sistemico
Specializzando in Psicoterapia Familiare
Servizio di Psiconcologia
Istituto Oncologico Veneto - Padova*

Da qualche anno l'Istituto Oncologico Veneto (IOV), grazie alla sensibilità del suo Direttore Scientifico e della Responsabile del Servizio di Psiconcologia Dott.ssa Capovilla, e il contributo determinante della Dott.ssa Shams che ha ideato, attivato e costruito un progetto per il malato oncologico, mette in scena delle pièce teatrali gustose e divertenti. Attorno allo IOV, la Dottoressa Shams ha saputo raccogliere e coordinare il volontariato da un lato, i tirocinanti dall'altro, ma soprattutto ha sollecitato alcuni pazienti a salire sul palco, non per raccontare le proprie disavventure ma per elaborarle attraverso un uso del proprio corpo, spesso martoriato dalle chemioterapie, dalle radioterapie e dagli interventi chirurgici, in modo leggero, esilarante e divertente. Dietro a tutto questo c'è un pensiero più profondo che attiene alla cura della ferita che non è solo del corpo, dove lo smarrimento e la paura dopo una diagnosi grave, annichiscono e talvolta non permettono all'individuo di credere di potercela fare.

► **Obiettivi della teatroterapia**

La teatroterapia è una forma di arte terapia di gruppo che coniuga teorie psicologiche e le pratiche dell'allestimento scenico, allo scopo di "mettere in scena" i vissuti dell'individuo. L'obiettivo principale di un Laboratorio di Teatroterapia è quello di rendere armonico il rapporto tra corpo, voce, mente nella relazione

con l'altro, gli altri, se stessi e la propria creatività interpretativa, all'interno di un clima di fiducia, condivisione ed empatia reciproca. Lo scopo della teatroterapia non è quello di fornire interpretazioni psicologiche o di produrre diagnosi, semmai la sua forza sta nel rafforzare visioni di sé nuove, e in questo modo contribuisce e favorisce un processo di rielaborazione più costruttiva dei vissuti di malattia a volte inquietanti.

A Padova è stato possibile realizzare questo progetto anche grazie al grande contributo della regista Anna Grazia Dell'Abate che ha saputo armonizzare tutti questi elementi. Lo IOV ha senza dubbio il merito, oltre che essere un istituto di eccellenza nella ricerca e cura a livello internazionale, di costruire una rete che a partire dal medico di medicina generale, spesso inviante dei nostri casi, faccia sentire il malato in una famiglia che, come afferma Cigoli, quando arriva l'ospite inatteso, la malattia, sappia fare squadra. Ognuno ha un compito per cercare di risolvere o contenere le difficoltà del paziente, fin dalla sua prima accoglienza presso la struttura e il pensiero è rivolto anche ai familiari per i quali è previsto un sostegno psicologico per affrontare la malattia del congiunto.

La storia di Rosa

leri sera, poiché il tecnico del suono e delle luci ha dato forfait all'ultimo a causa di un incidente, mi

sono ritrovato, da psicologo, ad improvvisarmi tecnico del suono e delle luci.

Nonostante da due anni io segua i malati oncologici e le loro famiglie durante le travagliate vicissitudini di sofferenza e di morte, e quindi abbia modo di accogliere e contenere e sostenerli nel loro lungo percorso, ieri sera, proprio durante le prove, è accaduto qualcosa di straordinario. Davvero possiamo affermare che sono proprio i pazienti che scelgono la loro via di cura emotiva. Qualcuno rifiuta di parlarne, chiudendosi drammaticamente, altri, invece, si affidano, e si fidano delle proprie risorse che spesso in situazioni di pericolo di vita sembrano smarrite, riuscendo a cogliere da se stessi spunti creativi per trasformarli in solide ragioni di vita.

Durante le prove del pomeriggio, ho avuto modo di parlare con gli attori, i veri protagonisti della manifestazione, anche per stemperare l'inevitabile ansia del debutto.

Così, in un momento di pausa, Rosa, mi ha spontaneamente raccontato la sua storia. Tre anni fa, durante la doccia, avverte la presenza di un nodulo al seno. Si reca così dal medico curante che dopo le prime

indagini, la indirizza allo IOV. L'oncologo che la prende in carico le illustra oltre che la gravità della malattia, gli strumenti che si potranno utilizzare per combattere, non da ultimo la possibilità di ricorrere ad un supporto psicologico che lo IOV mette a disposizione sia per il paziente che per i suoi familiari.

Rosa che all'epoca ha 50 anni, è accompagnata dal marito che in qualche modo, come racconta lei, cerca di sdrammatizzare.

Lei invece, si chiude nel suo mondo di dolore. Ha due figlie di 18 e 15 anni. Che ne sarà di loro, del marito, della casa che con tanto amore ha curato, del giardino, delle sue amicizie, dei suoi genitori anziani? Reggeranno a tanto dolore? È l'annichilimento che ha il sopravvento. Così Rosa per tre lunghi mesi dormirà e sosterrà sul divano: notte e giorno a piangere, senza possibilità di consolazione alcuna. Nulla potranno i tentativi del marito e men che meno la disperazione delle figlie nel vedere la propria madre tanto provata.

► La reazione

Una mattina, racconta Rosa, è l'alba, guarda dalla porta finestra del

suo salotto il giardino trascurato con le piante rinsecchite, l'erba che si impossessa piano piano della terra ma contagia anche le piante e a volte è così alta da nascondere i fiori.

Allora Rosa sprofonda nuovamente sul divano e pensa a quel degrado che è lo stesso del proprio corpo abbandonato da tre mesi perfino da lei. Pensa al marito e alla sua casa, a chi sarebbe potuto entrare in quella casa dopo di lei, dopo la sua morte. Pensa alle sue figlie che magari avrebbero potuto avere una sorta di madre sostitutiva con chissà quali conseguenze. Si alza improvvisamente e si dice: "Eh no! Col cavolo che lascio tutto questo". Come prima reazione, si ritrova in giardino a togliere l'erba. È così che la trova il marito la mattina presto, pensando fosse impazzita.

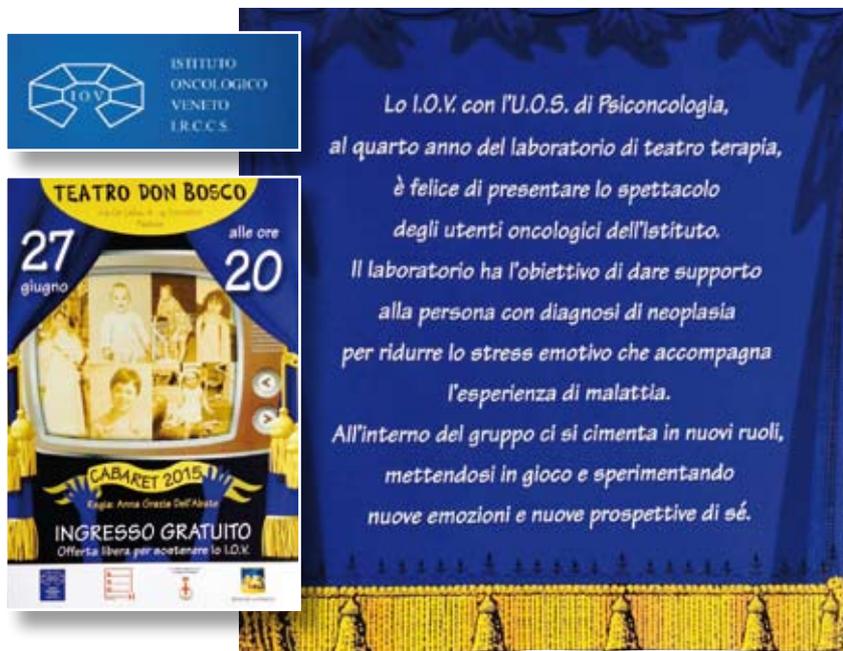
Ritorna con altro spirito dall'oncologo, e comincia a sottoporsi alla chemioterapia, accetta il supporto psicologico e decide di acquistare, ogni volta che si sottopone alla chemio, una pianta per adornare quel giardino che, poco a poco riprendeva vita.

Le chemio procedono e pure le piante di Rosa cominciano ad affollare il giardino, alcune fioriscono e lei, nonostante sia spesso fiaccata nel corpo quando esce da una seduta di terapia, non dimentica di fermarsi in fioreria, nonostante che il marito, preoccupato per la sua salute, la inviti a farlo successivamente.

► La consapevolezza di Rosa

Terminate le chemioterapie è terminato anche "l'arredo" del giardino che ha preso una vitalità che non aveva mai avuto perché nes-





suno, a casa di Rosa vi si era dedicato con tanta abnegazione. Rosa sta decisamente meglio e come con i neuroni specchio, quando qualcuno le chiede della sua salute, risponde: "Guarda il mio giardino e capisci subito come sto".

Gli attori fremono per provare le luci, sul palco c'è un via vai di gente, di oggetti che serviranno per le scene, il tempo scorre, ma Rosa non può fare a meno di mostrare a me che cosa è diventato oggi il suo giardino e mi racconta un altro aneddoto.

"Vede dottore, com'è diventato il mio paradiso?" Così posso scorgere dalle foto del suo smartphone piante verdi rigogliose, *pansé* multicolori in ciotole rotonde ora appoggiate a terra ora su trespoli di ferro battuto ammorbiditi attorno da piante verdi che ne fanno risaltare la bellezza. File di vasi di gerani rossi sono disposti come a tracciare un camminamento dove in fondo, altri gerani segnano la fine

della stradina con altri vasi di gerani di un viola acceso.

Le dico: "Rosa, lei ha ritrovato i colori!" Eh sì, risponde lei, ma poi mi fa vedere preoccupata un'altra foto e mi dice: "La vede questa pianta? Vede questa foglia? Guardi il particolare: è un bruco! Un bruco - mi dice - questa è la pianta che ho preso dopo la mia prima chemioterapia! Sono corsa subito ai ripari precipitandomi a medicare la pianta. Non posso permettere che venga attaccata la mia chemioterapia! Vede, non si può dormire sugli allori, ma se si presta attenzione, ci si può accorgere se qualcosa di malefico ritorna e intervenire in modo tempestivo".

► Rosa entra in scena

Arrivano i primi spettatori, il sipario viene chiuso, io ritorno al mio posto in Cabina, in alto, di fronte al palco. Inizia la musica che accompagnerà ogni scena. È proprio Ro-

sa che entra in scena per prima: le punto i riflettori e noto la sua emozione, ma poi dopo un attimo di tensione, si riprende e inizia la sua gag che fa sbellicare dalle risate i presenti. Al termine della rappresentazione ci sono gli immancabili ringraziamenti. Rosa prende il microfono per ultima e ringrazia tutti gli spettatori e ricorda Lucia, una di loro che quest'anno non ha potuto esserci e si commuove salutandola, dicendo "Torna presto Lucia, ti aspettiamo".

Cala il sipario, si accendono le luci in sala, c'è un grande applauso, anche per quest'anno lo spettacolo si è potuto svolgere.

► Conclusioni

Riflettevo sulle emozioni di queste persone che si sono misurate con il teatro. Pensando alla seconda Cibernetica, dove l'osservatore è inevitabilmente dentro al sistema osservato com'è bene immortalato in due dipinti del Goya: *La famiglia reale* e *l'Infante don Luis*, ma che si trova già in un altro dipinto di cento anni prima, di Velasquez, *Las meninas*, mi interrogavo sulla possibile evoluzione dell'esperienza di teatroterapia padovana.

In fondo, se l'osservatore sta dentro al sistema osservato come nei dipinti di Goya e Velasquez, anche i medici, gli psicologi, gli infermieri, i volontari e tutto il personale che ruota attorno al malato oncologico sta dentro a questo mondo. E allora perché non allargare questa esperienza anche a loro: insieme quindi nel combattere la malattia organica e insieme per combattere e favorire quel processo di rielaborazione della malattia in modo costruttivo e leggero.