

# M.D.

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

Anno XXIV, numero 6 - settembre 2017

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

### PROFESSIONE 6

**ACN: addio pagamento a prestazione, le novità dietro l'angolo**

### FOCUS ON 8

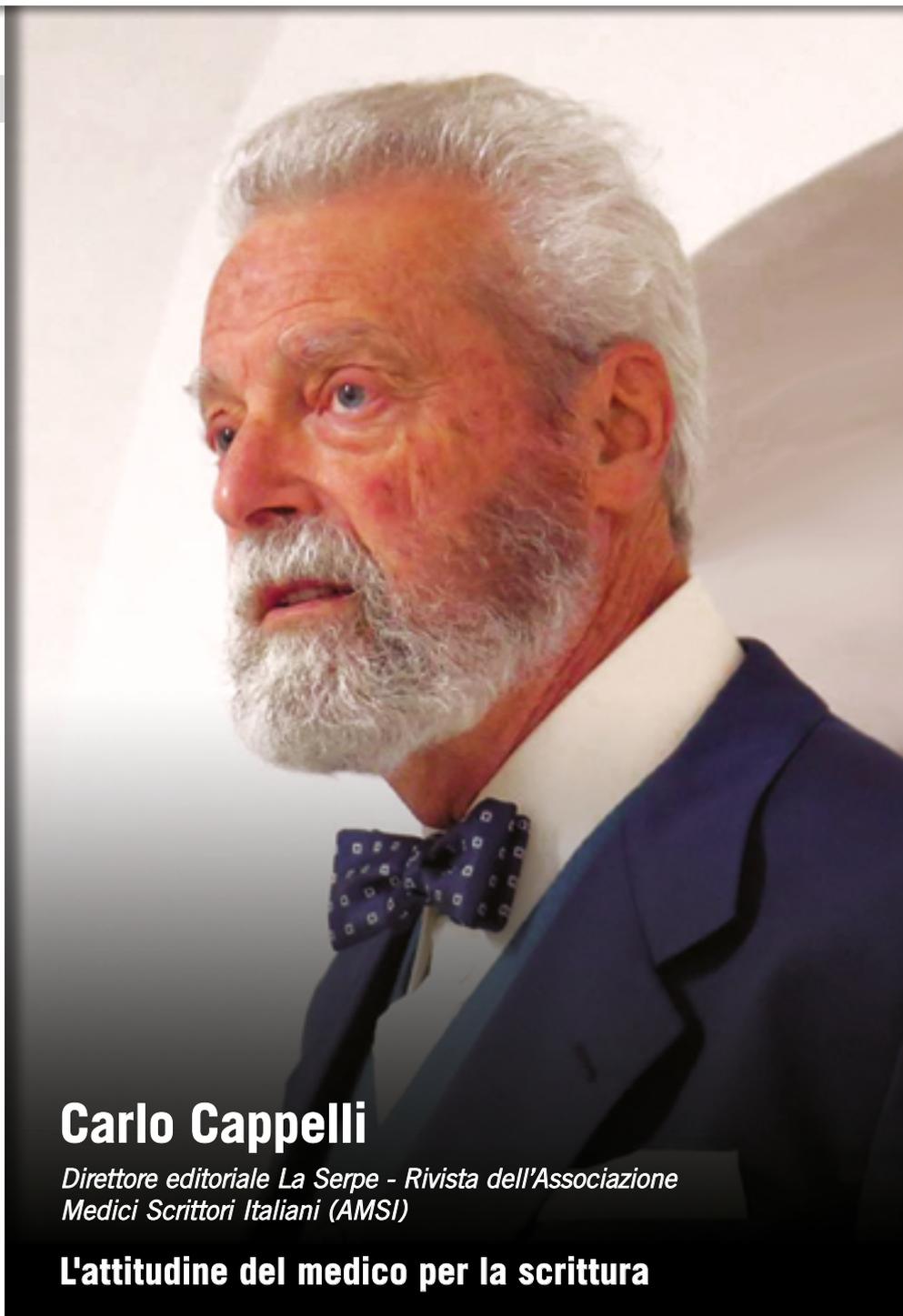
**Il lungo cammino dell'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia**

### CLINICA 39

**Management della cirrosi epatica complicata da ipertensione portale**



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



## Carlo Cappelli

*Direttore editoriale La Serpe - Rivista dell'Associazione Medici Scrittori Italiani (AMSI)*

**L'attitudine del medico per la scrittura**



## M.D. Medicinae Doctor

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

## Direttore Responsabile

Dario Passoni

## Comitato di Consulenza di M.D.

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

## Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

## Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

## Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

## Passoni Editore s.r.l.

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

## Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
L'attitudine del medico per la scrittura ..... 5
- **Professione**  
ACN: addio pagamento a prestazione, le novità dietro l'angolo ..... 6
- **Focus on**  
Il lungo cammino dell'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia ..... 8
- **Il caso**  
In Veneto la protesta dei Mmg continua: è scontro con la Regione ..... 10
- **Tribuna**  
Escalation della violenza contro i camici bianchi ..... 11
- **Riflessioni**  
Riordino cure primarie in Lombardia: altro che rivoluzione ..... 12
- **Italia sanità**  
Al via il Polo Unico per la visita fiscale ..... 14
- **Prevenzione**  
Medici in campo contro l'ipertensione ..... 16
- **Counselling**  
Il rapporto tra compassione e resilienza ..... 21

## AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
  - Infarto miocardico acuto: nuove indicazioni dall'ESC 2017 ..... 24
  - Cure personalizzate per l'angina pectoris stabile ..... 25
- **Geriatría**  
Prevenire il declino cognitivo modificando gli stili di vita? ..... 26
- **Nutrizione clinica**  
"Anoressia uremica" tra diagnosi e prognosi ..... 27
- **Oncologia**  
Ca della mammella: la fatigue può protrarsi dieci anni ..... 28
- **Osteoporosi**  
Linee guida sulle fratture da fragilità e osteoporosi ..... 29
- **Pneumologia**  
Attualità in tema di gestione delle bronchiectasie ..... 30
- **Vaccinazioni**  
Prevenzione vaccinale della nevralgia post-erpetica ..... 31

## CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**  
La settimana di un medico di famiglia ..... 32
- **Rassegna**  
Cardiotossicità da terapia radiante ..... 34
- **Clinica**  
Cirrosi epatica complicata da ipertensione portale. Valore diagnostico della semeiotica clinico-strumentale e considerazioni terapeutiche ..... 39
- **Pratica medica**  
Poliartrite subacuta edematosa benigna ..... 44
- **Osservazioni cliniche**  
Omeopatia dopo la mastectomia ..... 45
- **Epidemiologia**  
Rapporto sull'obesità in Italia ..... 46

# L'attitudine del medico per la scrittura

/// Considero le parole dei segni magici che consentono di raccontare, percepire, manifestare se stessi". Di questo è convinta Donatella Di Pietrantonio che ha vinto il Premio Campiello 2017 con "L'Arminuta". Medico di giorno e scrittrice di notte, ha dichiarato che il medico aiuta la scrittrice. E sembra proprio essere così, perché i medici hanno un'attitudine particolare per la scrittura.

**Carlo Cappelli**, Direttore editoriale di *La Serpe* - Rivista dell'Associazione Medici Scrittori Italiani (AMSI), è convinto che il medico scriva proprio grazie all'essenza stessa della sua professione: "Perché la Medicina è una disciplina complessa che porta ad esercitare una professione molto speciale" dichiara a *M.D. Medicinae Doctor*. "È una professione che si avvale di conoscenze tecniche che riguardano il funzionamento del corpo, ma soprattutto di molti dati che partono invece dall'attività cerebrale, dal pensiero. Il medico coglie i fondamenti del vivere umano nella sua totalità 'corpo e mente' ed ha coi suoi pazienti un legame molto forte".

"Il medico sta in una posizione assai favorevole - sottolinea Cappelli - e chi tra essi ha una particolare sensibilità o abilità, come dir si voglia, è capace di trasporre in opere scritte questa sua conoscenza, questo suo, diciamo speciale, favorevole punto d'osservazione sulla vita umana". Questo spiegherebbe l'esistenza dei medici scrittori sin dai tempi antichi.

L'elenco è lungo e Cappelli cita alcuni nomi noti, partendo dall'antichità: Sant'Agostino, l'Evangelista San Marco; per poi arrivare a A. Conan Doyle, A. Joseph Cronin, Anton Chechov fino a Carlo Levi che, tra l'altro, è uno dei fondatori dell'Associazione Medici Scrittori Italiani. "Da tempo - spiega Cappelli - non solo in Italia, ma in tutto il mondo i medici scrittori si sono consociati perché hanno sentito che le pulsioni che li portavano a scrivere li rendevano particolarmente vicini ad altri colleghi con cui condividevano lo stesso interesse. Così è avvenuto anche in Italia. Nel 1951 è stata fondata l'AMSI". Per approfondire la conoscenze e conoscere finalità e identità di questa associazione basta digitare sui vari motori di ricerca: Associazione dei Medici Scrittori Italiani.

"Abbiamo un sito dedicato ([www.mediciscrittori.it](http://www.mediciscrittori.it)) in cui i colleghi possono trovare le schede d'iscrizione e le trasposizioni digitali della nostra rivista *La Serpe* di cui sono Direttore editoriale e che accoglie quanto prodotto dagli iscritti che sono oltre cento e si riuniscono ogni anno in una città grande o piccola d'Italia dove, per alcuni giorni, si sta insieme e si discute di problemi inerenti a questa particolare attività".

(A.S.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Carlo Cappelli

# ACN: addio pagamento a prestazione, le novità dietro l'angolo

Regionalizzazione delle decisioni sul ruolo unico, meccanismi di premialità e un fondo per la remunerazione dei fattori produttivi: sono queste alcune delle novità contenute nella terza versione dell'Atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale della medicina convenzionata licenziato a luglio dal Comitato di settore per la MG.

Resta però l'incognita finanziaria degli accantonamenti regionali da cui dipendono gli aumenti per la Medicina Generale

**Simone Matrisciano**

**È** passato poco più di un mese da quanto il Comitato di settore per la MG ha licenziato la nota di aggiornamento dell'Atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale della medicina convenzionata. La nota è stata accolta tiepidamente da Fimmg, Fimp e Sumai che pochi giorni prima avevano proclamato lo stato di agitazione. "Sufficiente l'apertura sui temi richiesti dai sindacati. Siamo moderatamente ottimisti." Così hanno commentato le tre sigle sindacali. Una sufficienza e un moderato ottimismo che di fatto hanno smorzato le tensioni tra Regioni e sindacati, ma non hanno convinto quest'ultimi ad abbandonare i propositi di azioni sindacali ove non si trovassero le risorse, che proprio la legge di stabilità dovrà mettere nero su bianco per finanziare il nuovo accordo che si dovrebbe andare a trattare a breve.

Il nuovo Atto di indirizzo riapre la trattativa tenendo conto delle normative sanitarie aggiornate dall'uscita dei Piani nazionali Cronicità e Vaccini, del decreto sui Lea e della

legge 24 sulla riforma della responsabilità sanitaria. Inoltre nell'Atto viene sottolineata anche la necessità di potenziare il ruolo della programmazione regionale nella definizione dei fabbisogni, in termini sia di rapporto ottimale sia di massimale di scelte, e di prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico in presenza di modelli organizzativi multi professionali e ben strutturati, dove i Mmg hanno a disposizione personale e strumenti.

Andrebbero inoltre considerati strumenti convenzionali per agevolare l'inserimento nelle graduatorie regionali e l'accesso dei giovani medici anche in quegli ambiti territoriali carenti che per caratteristiche oro-geografiche risultano da anni privi di copertura: per esempio, incentivazioni economiche e agevolazioni logistiche (gratuità dello studio, apertura dello studio presso una Uccp).

Novità anche per quanto concerne il ruolo unico. A tale riguardo l'Atto specifica: "L'analisi delle dotazioni di Mmg e Medici di Continuità As-

sistenziale nelle singole Regioni, mostra un'importante variabilità nel numero dei professionisti. Questa variabilità, sommata al tema della demografia professionale e ai modelli organizzativi che si stanno sviluppando nei sistemi sanitari regionali, suggeriscono che l'implementazione del ruolo unico debba potersi attuare nell'ambito dei differenti modelli organizzativi regionali".

## ► I compensi

Ma le novità sono rappresentate soprattutto dalla ristrutturazione del compenso per i Mmg, dei meccanismi di premialità sui risultati e dal Fondo per la remunerazione dei fattori produttivi. Ed è proprio su questi argomenti che i sindacati hanno rilevato alcune criticità. Ma procediamo con ordine.

Il 30% del compenso dei medici di medicina generale dovrebbe essere assegnato con "meccanismi premiali", i quali dovranno offrire un *forfait* in funzione della qualità dell'assistenza offerta ai cittadini (leggi, per esempio: gestione della

cronicità, vaccinazioni, accessi evitati al pronto soccorso). Inoltre, dovrà essere superato il pagamento a prestazione. Ogni Asl dovrà alimentare un Fondo per la "remunerazione dei fattori produttivi", ma il grosso della somma verrà direttamente dal bilancio dello Stato. A tal proposito, l'Atto ricorda che gli aumenti della Medicina Generale sono allineati a quelli della dipendenza, e sottolinea anche che per le convenzioni dovrebbe venire in aiuto quanto il Ministero dell'Economia ha chiesto alle Regioni di accantonare; infatti, tra il 2011 e il 2015 (anni di blocco contrattuale), le Regioni dovrebbero (il condizionale è d'obbligo) aver accantonato una somma per le nuove convenzioni, circa lo 0,75% del costo salari desunto dal modello CE di rilevazione dei costi di Asl e ospedali; e su questa quota dello 0,75% relativa al 2016 devono iniziare a calcolare uno 0,36% di aumento ulteriore.

### ► I commenti dei rappresentanti di categoria

Il vicesegretario **Pier Luigi Bartoletti** commentando l'Atto ha messo i puntini sulle i: "In questa babele di sigle, atti, agenzie, Leggi, Circolari, bisogna, per cercare di fare chiarezza, arrivare al punto del problema, ovvero l'accordo collettivo nazionale, che come ogni contratto deve essere negoziato partendo da alcuni presupposti, primo tra tutti quale ruolo si intende affidare al medico di famiglia nell'ambito del Ssn. Quali strumenti ci sono e ci saranno davvero a supporto del ruolo? Quali sono gli obiettivi cui riferirsi e quali gli indirizzi normativi? Per non parlare delle risorse che si intendono mettere a disposizione e le modalità con le quali tali risorse debbono essere

erogate". Un tema, quello delle risorse, inevitabilmente connesso al discorso della premialità. "Uno degli aspetti più rilevanti riguarda le modalità di utilizzo delle risorse economiche a disposizione - ha dichiarato **Claudio Cricelli**, presidente Simg - da usare con maggiore e crescente attenzione all'interno di meccanismi di premialità a risultato, sugli obiettivi prioritari definiti dalle indicazioni nazionali. È un cambio di rotta importante che Simg sposa profondamente".

Luci e ombre sono quelle che intravede **Angelo Testa**, presidente Snam. "È certo un bene l'Atto d'indirizzo perché si torna a trattare e offre dei riferimenti, finalmente, sulla parte economica; è un bene la regionalizzazione delle decisioni sul ruolo unico perché raccoglie le osservazioni Snam sull'impossibilità di adattare un modello uguale in regioni che presentano diverso rapporto tra medici di famiglia e popolazione, tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale, e differenti esigenze organizzative; è un bene infine che si pensi al turnover per i giovani e che si parli meno di Aft e Uccp e più di assistenza. Le perplessità iniziano al momento in cui si ventilano ampi margini discrezionali per le regioni sui modelli assistenziali: stiamo vedendo come alcune regioni si affidino ad altre organizzazioni portando la medicina generale verso obblighi che si staccano dall'assistenza. Dal punto di vista della retribuzione ci lascia perplessi l'intento di agganciare il 30% della parte variabile al raggiungimento di risultati, noi non siamo gli alfieri del pagamento a prestazione ma vorremmo una premialità graduale, parte per l'adesione a

progetti, parte per i risultati in termini di *output*, e infine quota completa al raggiungimento degli esiti in termini di qualità ed efficacia degli interventi".

### ► Risorse inadeguate

Pende verso l'insoddisfazione, invece, il giudizio dello Smi: "il nuovo testo ha recepito alcune delle proposte avanzate unitariamente, da tutta l'Intersindacale - sostiene **Pina Onotri** - ma gli stanziamenti sono incerti e le risorse appaiono inadeguate a garantire una continuità dell'assistenza h24, medicalizzata, universale, pubblica e di qualità, e fanno pensare a una possibile disparità di trattamento nella destinazione dei fondi tra i diversi settori". La Onotri sottolinea inoltre il rischio di rimanere "ostaggi delle sperimentazioni sul territorio, disorganiche e spesso a costo zero".

Rimangono certo da declinare nel contratto gli indirizzi, non sarà un compito facile, molto dipenderà da come si vuole intendere il prossimo contratto, se si vorrà seguire strade già percorse oppure aggiornare il contesto generale del sistema di cure, non limitandosi a vedere il segmento di categoria della Medicina Generale, ma allargando le vedute, in prospettiva, su tutte le difficoltà che oggi il singolo medico ha nel gestire quadri patologici complessi che devono necessariamente prevedere l'interazione con le reti territoriali ed ospedaliere. Bisogna forse superare le logiche localistiche e di settore e, facendo perno sul rapporto medico-paziente, sviluppare gli strumenti che consentano agli italiani di avere garantito, attraverso il proprio medico di libera scelta, l'accesso al sistema di cure nazionali.

# Il lungo cammino dell'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia

“Autocertificare i primi tre giorni di assenza per malattia dal lavoro” è una richiesta che la FNOMCeO porta avanti da più di quattro anni. Nel 2015 tale richiesta diventa finalmente una proposta di legge, ma ci sono voluti ben altri due anni affinché si desse via all'iter di discussione per l'approvazione con la nomina del relatore e la trattazione in Commissione permanente (Affari Costituzionali) del Senato

**S** spesso i camici bianchi si trovano dinanzi a sintomatologie riportate da pazienti già guariti e, dietro la scrivania, si riconoscono burocrati più che medici, costretti a compilare giustificativi piuttosto che a constatare malattie. La mozione, presentata in Senato dal senatore **Maurizio Romani** (Ddl 2059: “Modifiche al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in materia di false attestazioni o certificazioni e controlli sulle assenze”) è nata proprio dalle pressanti richieste ricevute dagli Ordini dei Medici e dai medici di famiglia. Oltre a chiedere la possibilità per il lavoratore di attestare la propria condizione direttamente all'Inps e al datore di lavoro nei casi di assenza dal lavoro, per malattia protratta per un periodo inferiore ai 3 giorni, punta ad eliminare l'automatismo tra la sentenza definitiva di condanna del medico reo di aver prodotto giustificativi falsi e la radiazione dall'Albo (Legge Brunetta). Il testo del Ddl però è restato 'chiuso' nei cassetti del Senato per due anni e quando finalmente ha visto la luce (maggio 2017 con nomina relatore e inizio iter in Commissione Permanente - Affari Costituzionali - del Senato) le discussioni e le polemiche tra i rappresentanti dei

medici di famiglia non sono mancati. Motivo del contendere è il fatto che nella legge la spedizione delle auto-dichiarazioni dei lavoratori spetterebbe sempre ai Mmg. La proposta di legge sull'autocertificazione di malattia per i primi tre giorni però ha comunque avuto un effetto importante, quello di portare all'attenzione della professione e dei politici una problematica che ha importanti ricadute sui Mmg: “È in corso, a livello nazionale tra i professionisti e finalmente anche tra i parlamentari, una seria riflessione riguardo le norme della certificazione di malattia - commenta **Augusto Pagani**, Presidente OMCeO Piacenza da sempre impegnato su questi temi - le norme devono essere riviste. Non è possibile, per esempio, che oggi un medico debba produrre certificati quando già il lavoratore è stato a casa e dunque ne debba prendere atto a posteriori. Con una dose di rischio consistente, perché il Mmg ad oggi rischia di perdere la Convenzione. È una situazione non gestibile e che è assolutamente rimediabile con una revisione delle norme”. Ricordiamo che il testo del Ddl prevede che in presenza di un disturbo che il lavoratore ritiene invalidante, ma passeggero, lo stesso dovrà, sotto la

sua esclusiva responsabilità, darne comunicazione al medico, che si farà semplice 'ambasciatore' per la trasmissione telematica all'Inps e al datore di lavoro. E qui è il caso di dirlo: 'ambasciatore non porta pena'. Sì perché il Ddl incide anche sulle pene fino ad oggi previste per i medici: le ridimensiona, “anche per porre rimedio ad alcune contraddizioni ed eccezioni di incostituzionalità rilevate nella Legge Brunetta”, aggiunge Pagani. E a tal riguardo sottolinea: “Noi Mmg siamo in una posizione complessa, oserei dire di conflitto di interesse. Da un lato non si può chiedere al medico di famiglia di essere un carabiniere, come vorrebbero i datori di lavoro per controllare i loro dipendenti fannulloni: noi siamo le persone di fiducia dei lavoratori, il nostro lavoro si fonda sul rapporto di fiducia e dobbiamo credere alle affermazioni dei nostri assistiti, salvo evidente distonia con i dati clinici. Dall'altro lato non possiamo ignorare le continue segnalazioni che gli Ordini ricevono dai datori di lavoro: noi medici siamo chiamati a prestare maggiore attenzione, anche perché gli Ordini non possono e non vogliono subire la gogna mediatica che deriva dalla negligenza di certi lavoratori. Come facciamo a far comprendere la nostra situazione al governo? Come

possiamo evitare che l'unica risposta delle Istituzioni sia sanzionare anche il medico sbandierando anche la possibilità del carcere?"

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Augusto Pagani



### ► Le polemiche

Un passaggio di responsabilità tra cittadino e medico che, tuttavia, non ha visto unita la categoria sulla proposta Romani. Se la FNOMCeO plaude

all'iniziativa e alla ripresa dei lavori parlamentari i sindacati di categoria hanno puntato il dito: "L'apertura verso la semplificazione dovrebbe prevedere sistemi di acquisizione snelli delle autodichiarazioni che non implicino il coinvolgimento del medico, altrimenti la cosa avrebbe poco senso - ha dichiarato **Maria Corongiu**, segretario regionale Fimmg Lazio - infatti se il cittadino si presenta nello studio per auto-dichiarare tanto vale certificare". "I medici - ha spiegato invece **Pina Onotri**, segretario nazionale Smi - sono obbligati a dedicare i tre quarti del loro tempo a spedire certificati, di fatto, quindi tempo sottratto alla cura dei pazienti, alla prevenzione, alla gestione dei pazienti cronici, cioè a quella funzione di governo,

gestione e filtro della domanda di salute sul territorio". Più dure le parole di **Angelo Testa**, presidente Snami: "nessuno si azzardi a pensare che il medico diventi il 'trasmettitore di dati' all'Inps per conto terzi". "Nessuno nega che il problema del carico burocratico incida sulla professione di noi medici - risponde Pagani. Tuttavia il Disegno di legge appare un passaggio necessario non solo per ammodernare l'Italia, facendo in modo che i cittadini si assumano la responsabilità di quanto da loro dichiarato, ma per sgravare i colleghi delle pesanti conseguenze che la legge finora in vigore prevede, su tutte la perdita della Convenzione. Penso che per questi vantaggi si possa accettare alcuni compromessi".

## Le assicurazioni del Senatore Romani

Ma il testo di legge presentato dal senatore Maurizio Romani è aperto a emendamenti che superino la figura del "medico-postino". A dirlo a *M.D. Medicinae Doctor* è stato lo stesso Romani, che spiega così le ragioni di questa scelta: "Quando ho scritto questo disegno di legge, era il 2015, il problema che mi sono trovato a fronteggiare riguardava l'inadeguatezza dal punto di vista telematico dell'Inps: l'Istituto non era attrezzato per ricevere i certificati di malattia direttamente dai cittadini. Al contrario, era molto facile riceverli dal medico sfruttando una linea diretta già esistente. Quindi per fornire un processo più snello possibile, e anche per alcune manifestazioni di chiusura da parte dell'Inps, ho optato per un contatto tra medico e Istituto".

"Sono consapevole che dobbiamo superare l'ipotesi di un' 'medico-postino' - continua Romani - . Voglio

essere chiaro con i sindacati e i cittadini: il tempo gioca a nostro favore. Il disegno di legge non è di imminente approvazione ed è incardinato da poco nei processi parlamentari. È vero che abbiamo ottenuto un consenso trasversale e, grazie a questo, potremo procedere il più rapidamente possibile; tuttavia aggiusteremo con i dovuti emendamenti le questioni in sospeso e favoriremo un contatto diretto tra Inps e cittadini". È bastata questa precisazione per sedare gli animi. Le eventuali modifiche annunciate da Romani rappresentano per Maria Corongiu "un passo avanti che allineerà l'Italia ad altri Paesi avanzati: il lavoratore deve essere messo nella condizione di poter gestire in autonomia un momentaneo impedimento al lavoro, con una finestra temporale stretta, mentre l'Inps è in grado già oggi di recepire in più modi la segnalazione

e poterne verificare l'autenticità attraverso metodiche statistiche". Per Corongiu, "parallelamente a questo provvedimento che ci auspichiamo approvato in tempi brevi, sarebbe opportuno, per ben continuare il cammino intrapreso, individuare anche misure incentivanti il buon comportamento dei lavoratori, come alcuni Stati già fanno. Insomma premiare i comportamenti seri e corretti e perseguire invece chi in modo fraudolento per proprio interesse inganna oltre l'intera collettività anche il proprio medico". L'ultima parola spetta al Governo e alla volontà di approvare il Ddl entro la fine della legislatura che si avvicina.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Maurizio Romani

# In Veneto la protesta dei Mmg continua: è scontro con la Regione

La calendarizzazione della protesta sindacale va avanti e l'annunciata cessazione dell'invio telematico delle ricette ha inasprito i toni tra i rappresentanti di categoria, la Regione e le Asl. Quest'ultime minacciano di adire a vie legali e disciplinari se i medici mettono in pratica lo sciopero telematico. Strumenti che i sindacati considerano illegittimi

// La protesta rientrerebbe se la Regione si dimostra intenzionata a dare risposte concrete, c'è tempo fino a settembre". Con questa frase di **Domenico Crisarà**, segretario Regione Veneto Fimmg, avevamo lasciato in sospeso lo scontro tra i Mmg e la Regione Veneto. Siamo già a settembre inoltrato e malgrado l'audizione dei rappresentanti di categoria in commissione Sanità le cose non sembrano essere cambiate. La protesta, (che - ricordiamo - vede uniti Fimmg, Snam, Smi e Intesa Sindacale contro la Regione per la mancata attivazione delle Medicine di gruppo integrate, il blocco dei processi di informatizzazione in sanità, l'affidamento degli ospedali di comunità a strutture ospedaliere convenzionate e il mancato rinnovo per la presenza dei medici di medicina generale nelle Rsa) continua e i toni si inaspriscono. Le sigle sindacali hanno proclamato un pacchetto di scioperi di 29 giorni, a partire dal 19 e 20 settembre con la cessazione dell'invio telematico delle ricette. È proprio il rifiuto a svolgere questa operazione che ha scosso gli animi e ha fatto esplodere il contrasto con la Regione e le Asl. Queste ultime mi-

nacciano di adire a sanzioni disciplinari e legali con richiesta di risarcimento per omissione di un obbligo contrattuale.

Gli accordi nazionali prevedono che le Regioni raggiungano il 90% di ricette dematerializzate per poter attingere ai soldi del Fondo nazionale della sanità. La Regione Veneto ha riconosciuto ai medici, attraverso un accordo *ad hoc*, un contributo di 150 euro mensili in più per l'informatizzazione dello studio.

La Regione ha finora speso decine di milioni, e adesso si presume che le dotazioni informatiche ci siano in ogni studio medico. Se i medici attuano lo stop delle ricette digitali, per gli enti regionali si prefigurerebbe un'interruzione di quanto previsto dagli accordi e per cui la Regione paga, con un conseguente inadempimento contrattuale da parte del singolo medico convenzionato con la singola Ulss.

## ► La risposta dei sindacati

A questa minaccia ha subito ribattuto Crisarà: "Continueremo a garantire le prescrizioni ai pazienti utilizzando le vecchie ricette rosse. I ricettari cartacei in circolazione sono sempre meno e se la Regio-

ne non riuscirà a procurarli in tempo la denunceremo per procurata azione anti-sindacale". Sulla questione è sceso in campo di recente **Silvestro Scotti**, Segretario Generale Nazionale Fimmg. In una nota stampa, per la riapertura in Sisac delle trattative per il rinnovo dell'Acn, ha tenuto a precisare. "Qualora per le azioni di protesta che blocchino i compiti amministrativi e non quelli assistenziali qualcuno ritenga di attivare provvedimenti disciplinari a carico di un solo medico di famiglia - ha dichiarato - si preparino a dover determinarli nei confronti di tutti i nostri iscritti perché a quel provvedimento seguirà - come è stato deciso in Segreteria Nazionale - la dichiarazione della stessa protesta su tutto il territorio nazionale".

Dalle dichiarazioni ora si è passati ai fatti con una lettera di risposta formale inviata da Fimmg, Snam, Smi e Intesa sindacale alle direzioni generali delle Asl e alle Aziende Aulss della Regione in cui i sindacati sottolineano che l'esercizio del potere disciplinare utilizzato come strumento intimidatorio per ostacolare lo svolgimento dell'azione collettiva e sindacale è da considerarsi assolutamente illegittimo.

# Escalation della violenza contro i camici bianchi

Femore fratturato: è questo l'esito della recente aggressione ad un Mmg, in Provincia di Matera, che si è rifiutato di redigere un certificato per il rinnovo della patente di guida, in cui, su richiesta del paziente, avrebbe dovuto omettere l'esistenza di alcune patologie dell'assistito

**M**edici aggrediti a Palermo e Salerno da genitori ansiosi di vaccinare i figli, sino al medico di famiglia di Ferrandina in provincia di Matera che ha riportato la frattura del femore dopo essere stato malmenato da un suo paziente per il rifiuto di attestare il falso, rilasciando un certificato per il rinnovo della patente di guida, in cui, su richiesta dell'assistito, avrebbe dovuto omettere l'esistenza di alcune patologie del suo paziente. L'episodio, avvenuto il 1 settembre, è stato reso noto dal segretario provinciale di Matera della Fimmg, **Michele Campanaro**: "La certificazione corretta di quanto direttamente constatato o a conoscenza del medico - ha tenuto a precisare Campanaro - è un atto che, oltre a costituire un obbligo deontologico, si pone anche a tutela della sicurezza di tutti i cittadini. Alle aggressioni che vedono vittime i colleghi di Guardia Medica si aggiungono ora anche le aggressioni verso i Mmg, una categoria di professionisti che pensava di essere tutelata dal 'rapporto di fiducia' medico/paziente. Tale episodio è sintomatico della scarsa consi-

derazione e rispetto verso la professione medica ormai schiacciata tra burocrazia e malcostume".

## ► L'appello alla politica e alla professione

Anche il segretario nazionale della Fimmg, **Silvestro Scotti** è intervenuto sulla vicenda: "C'è ormai una mancanza di considerazione sociale della figura del medico dovuta dalla sempre maggiore perdita del ruolo assistenziale per le continue limitazioni della nostra capacità di accesso alle cure, sia per la diagnostica sia per la terapia, sia per l'aggravarsi dei compiti burocratici che soffocano sempre di più la relazione di fiducia medico-paziente. È giunto il momento che la politica si assuma la responsabilità di comunicazione dei limiti che appropriatezza e risorse limitate impongono, non lasciando invece solo ai medici questa responsabilità".

Un appello alla politica che è stato ripreso e ampliato dal presidente della FNOMCeO, **Roberta Chersevani**: "Ci appelliamo ancora una volta alla politica, per-

ché non lasci soli i medici, che garantiscono un punto di accesso sensibile e vitale al Ssn". Già lo scorso aprile, infatti, il Consiglio Nazionale dell'Ordine aveva approvato all'unanimità una mozione proprio su questo argomento, chiedendo alla politica di intervenire.

"Il medico è sempre in prima linea - continua Chersevani - è il primo a cui il malato si rivolge, l'interfaccia tra i cittadini e le istituzioni. Questa prossimità è la vera base della relazione di cura; ma ci espone anche ad essere facile bersaglio dei malumori, delle paure, ma anche delle pretese, più o meno legittime".

"La violenza non è mai giustificabile, lo è ancor meno quando attacca la mano tesa per stabilire un'alleanza - ha tenuto a sottolineare -. È necessario, oggi più che mai, ricostruire il nostro ruolo sociale, attraverso la comunicazione, il tempo di cura. Ma in questo processo non possiamo più vicariare la politica, dobbiamo essere tutti uniti per ricostruire, in sinergia, la fiducia dei pazienti non solo nel proprio medico, ma nelle Istituzioni, nelle Leggi, nei Sistemi Sanitari".

# Riordino cure primarie in Lombardia: altro che rivoluzione...

*Considerazioni di un medico di famiglia durante un incontro all'OMCeO di Bergamo sulla riforma sanitaria regionale e in particolare sulla riorganizzazione della presa in gestione dei malati cronici*

**Valerio Albani Rocchetti**  
Medicina Generale, Bergamo

**S**ono quasi 40 anni che esercito la professione di Mmg, dal 2010, dopo essere passato attraverso due dolorosissimi burnout e fortunatamente sopravvissuto, ho ristrutturato il mio lavoro con soluzioni personali visto che l'Acn, a mio parere, non propone soluzioni adeguate.

Ho interrotto definitivamente la modesta attività odontoiatrica che svolgevo, ho chiesto la riduzione del mio massimale a 1.200 assistiti e da anni mi faccio aiutare da qualche giovane collega con reciproca soddisfazione. Oggi ho circa 1.300 assistiti e sto mantenendo (per ora) la direzione di un poliambulatorio. Ultima notizia personale (forse la più importante per me e la mia famiglia) è stato il cambiamento avuto tra il 2 e il 3 di agosto 2016. La sera del 2 agosto arrivato a casa dopo l'ennesimo ambulatorio pesantissimo non sono riuscito a trattenere le lacrime e le imprecazioni per un lavoro così pesante e sfinente e con la convinta determinazione di interrompere definitivamente la professione. Dopo una notte, stranamente riposata, il mattino al risveglio mi sono trovato una persona diversa: mi sono coricato Mmg e mi sono svegliato medico di famiglia, una vera conversione che per me ha del miracoloso. Da allora il mio benessere personale e professionale è nettamente migliorato con minime flessioni timiche e questo mi porta (augurandomi

che tutto possa proseguire in questo modo) a spostare la fine della professione al limite obbligato dei 70 anni. Ho una visione generale delle problematiche della riforma sanitaria regionale, ma mi pongo, anzi pongo ai colleghi e ai rappresentanti della Regione le seguenti domande:

- 1)** Da dove e perché è partita l'esigenza e la necessità di questa riforma?
- 2)** È stata dettata dal solo obbligo di contenimento dei costi sanitari o anche da altre motivazioni?
- 3)** È stata voluta anche per la constatazione di poca qualità sul territorio?
- 4)** I costi attuali del medico di base / Mmg / medico di famiglia sulla cronicità sono eccessivamente elevati?
- 5)** I medici di base / Mmg / medici di famiglia che da anni, per tradizione e compito, svolgono attività professionale sul territorio sono stati preventivamente consultati ed ascoltati?
- 6)** Siamo certi che con questa rivoluzione il beneficio e il vantaggio maggiore sia dato al paziente e non ad enti e strutture private, seppur accreditate, demolendo il servizio pubblico seppur parzialmente?
- 7)** Perché infierire con compiti più gravosi e impegnativi sui colleghi ospedalieri?

Le risposte a questi miei brevi quesiti potrebbero modificare l'attuale visione che ho di questa riforma.

### ► Un buon medico di famiglia

La nostra non è una professione semplice, anzi, ma volendo possiamo limitarci a fare il minimo indispensabile rispettando il dettato dell'Acn ancora in vigore. Quel minimo a cui ben corrisponde la definizione di 'medico di base' non certamente quella di medico di famiglia. Puntualizzato ciò, sento di poter affermare che un medico di famiglia con 1.300 /1.400 pazienti fa bene il suo lavoro quando:

- fa mensilmente almeno 30/40 Adi-Adp;
- lavora settimanalmente almeno 50/60 ore, (un carico pesantissimo, ma reale per molti, me incluso);
- ha la cartella clinica del proprio paziente completa di dati clinici ed aggiornata;
- se lavora in associazione o rete o gruppo calendarizza incontri con i colleghi per confrontarsi, condividere e conoscersi;
- è in possesso di una assicurazione professionale;
- si relaziona con l'ATS di riferimento ponendo anche quesiti, utili e necessari nell'espletamento del proprio lavoro.

Non sono pochi i colleghi che rispondono a questo profilo e che proprio per questo motivo restano basiti da questa riforma.

Se tu Regione fornisci ai medici di famiglia che rispondono a tali requisiti i mezzi adatti al governo clinico e tu ATS fai in modo che le ASST e le Strutture Accreditate facciano quanto per legge o per regolamento devono fare, allora non ce n'è più per nessuno e nessun nuovo Gestore può fare meglio di un medico di famiglia così formato e attrezzato. Tutto sommato uno dei pochi vantaggi o forse l'unico vantaggio che riesco ad

intravedere in questa riforma è la facilità per il paziente di organizzare le prenotazioni degli esami e degli accertamenti, essendo il compito demandato al Gestore.

### ► Alcune criticità

Avendo accennato a ATS e ASST, ho verificato di persona, tramite occasionali telefonate, quanta poca considerazione, stima ed apprezzamento esista tra il personale delle rispettive strutture. Tutto questo porta a scarsa collaborazione e addirittura alla creazione di ostacoli e barriere a svantaggio di tutto il sistema sanitario.

La stessa cosa (cioè rapporti conflittuali) esiste non raramente tra ATS e medico di famiglia. Posso facilmente elencare alcune difficoltà che trovo ed ho trovato nel quotidiano:

- Difficoltà a trovare al telefono il collega in caso di bisogno o necessità.
- Difficoltà a ottenere il nulla osta, da parte del responsabile - medico legale del mio ex Distretto, per aprire nuove ADI o ADP mercanteggiando e contrattando il numero degli accessi.
- Difficoltà ad avere risposte a quesiti precisi e dettagliati anche inviando la stessa e-mail settimanalmente per mesi.
- Difficoltà a far capire alla responsabile ATS che le risposte inviate mi essendo di comune e necessaria utilità per tutti gli operatori sanitari, sarebbero state sicuramente di aiuto nel lavoro quotidiano se spedite a tutti i colleghi.
- Difficoltà a capire i frequenti errori sul contenuto e sulla veridicità di certe e-mail e della necessità quindi di contattare il responsabile del provvedimento con le già ri-

cordate difficoltà della reperibilità in modo che possa in breve tempo avviare agli errori.

### ► La parola ai pazienti

I nostri pazienti cronici riceveranno la lettera con l'invito e la possibilità di scegliere il Gestore e ovviamente dopo qualche ora si riserveranno nei nostri ambulatori per chiarimenti e consigli.

In scienza e coscienza molti di noi potranno dirgli: "stai e rimani con me perché nessuna riforma regionale potrà mai garantire un Gestore che possa essere in grado di prendersi cura della tua persona nella sua complessità e globalità come sa fare un buon medico di famiglia. Questo porterà automaticamente il paziente a snobbare la scelta del Gestore e di conseguenza decadrà la stessa riforma per mancanza di numeri".

### ► Spetta solo a noi

Il buon medico di famiglia, per sua stessa definizione e natura, direttamente ed indirettamente blocca sul nascere la riforma delle cure primarie e annulla la velleità regionale di cambiare il sistema sanitario sul territorio. Sogno? Utopia? Delirio? Il tempo lo dirà.

Ma se devo cinicamente prendere in considerazione la realtà allora il numero degli attuali "buoni medici di famiglia" risulterà troppo esiguo e la riforma passerà.

Questo il mio pensiero e, provocatoriamente, esorto i colleghi a fare altrettanto a guardarsi dentro ed a collocarsi o meno tra i "buoni medici di famiglia". Sono disposto a raccogliere le nostre rispettive sentenze anche anonime e a tenervi aggiornati sui risultati: *Est unusquisque faber ipsae fortunae suae*.

# Al via il Polo Unico per la visita fiscale

*L'Istituto previdenziale ha ufficialmente comunicato l'entrata in vigore del Polo Unico per la visita fiscale Inps dal 1 settembre e ne ha chiarito i dettagli*

**D**al 1 settembre 2017 sarà in vigore il Polo Unico per la visita fiscale Inps. L'istituto previdenziale ha chiarito i dettagli con la comunicazione n. 3265/2017. A quanto si legge dal messaggio Inps, i medici dell'Istituto avranno il compito di effettuare le visite fiscali di controllo sui dipendenti. Queste potranno essere richieste sia dalle pubbliche amministrazioni, sia dagli uffici. Tra il settore privato e il settore pubblico ci sarà una distinzione delle fasce orarie. Per il primo gli orari saranno 10-12 e 17-19. Per il settore pubblico le fasce saranno 9-13 e 15-18. Sotto questo aspetto si attende però un decreto ministeriale apposito che apporrà modifiche. In esso dovranno essere contenute anche le modalità di svolgimento per gli accertamenti medici. L'obiettivo dell'Istituzione del Polo Unico è quello di creare una *"migliore distribuzione e copertura territoriale degli accertamenti, la riduzione dei costi anche in ragione di un'ottimale dislocazione dei medici e del contenimento dei rimborsi e delle indennità chilometriche, l'equa assegnazione degli incarichi e l'incremento del numero e dell'efficienza dei controlli, utilizzando al meglio le risorse attribuite"*.

In merito al numero dei professionisti e alla loro diffusione sul territorio, il segretario della FNOMCeO, **Sergio Bovenga**, in una recente intervista al *TG 1* ha sottolineato che: *"Va tenuto conto del numero dei medici fiscali in rapporto al numero di visite che ciascuna sede provinciale dell'Inps mette in campo solo così si potrà determinare se le risorse messe in campo*

*sono sufficienti. Per questo serve un monitoraggio continuo"*.

## ► In attesa della convenzione

Tra i medici fiscali nel frattempo cresce l'attesa di misure *ad hoc* per rimediare alle carenze generatesi a livello locale. Ma in particolare, come ha ricordato il segretario di settore di Fimmg **Alfredo Petrone**, si attende l'uscita di un atto di indirizzo per *"un Accordo collettivo nazionale tra Inps e sindacati di categoria più rappresentativi, che migliori il servizio e consenta la stabilizzazione di tutta la categoria"*. Nell'atto di indirizzo sulla costituzione del Polo unico infatti si contempla anche: *"un'indennità oraria base di disponibilità e maggiorazioni proporzionate al numero di visite di controllo domiciliari e ambulatoriali ed eventualmente legate a specifici obiettivi"* che potranno essere previsti nelle convenzioni tra Inps e sindacati dei medici che svolgono gli accertamenti sui lavoratori dipendenti pubblici e privati assenti per malattia.

Quanto all'individuazione dei medici per svolgere le visite, secondo l'atto, *"occorre garantire il prioritario ricorso"* a quelli iscritti alle cosiddette liste speciali ad esaurimento. In particolare si tratta degli iscritti alle liste Inps dopo il 2007, coloro che hanno svolto un'attività analoga presso le Asl, come liberi professionisti (seppure all'interno di precisi paletti), i medici convenzionati esterni con l'Inps da almeno 36 mesi negli ultimi 5 anni. Le convenzioni stabiliranno, tra l'altro, *"i criteri e i casi di incompatibilità, anche in relazione alle funzioni di certificazione delle malattie"*.

# Medici in campo contro l'ipertensione

*Aosta, Biella, Campobasso, Caserta, Fermo, Firenze, Frosinone, Matera, Palermo, Pavia, Piacenza, Treviso sono le 12 città italiane in cui i Mmg di 4 S - Società Scientifica Snami per la Salute - metteranno in campo un progetto di prevenzione per smascherare un 'killer silenzioso': l'ipertensione arteriosa*

Invitare il paziente a recarsi dal suo medico di famiglia per gli eventuali accertamenti e approfondimenti per 'smascherare' una patologia, l'ipertensione arteriosa, un *killer* silente, che affligge circa un terzo degli italiani. Con questa finalità è nato il progetto di prevenzione *Medico Amico Day* organizzato da 4S-Snami. In dodici città scelte in dodici regioni d'Italia verranno effettuati gratuitamente test di misurazione della pressione arteriosa. Questo è quanto programmato in questo mese di settembre nelle città di Aosta, Biella, Campobasso, Caserta, Fermo, Firenze, Frosinone, Matera, Palermo, Pavia, Piacenza, Treviso.

## ► Promuovere la salute

"Ci sono patologie ampiamente prevedibili e organizzabili che potrebbero evitare di gravare sulle strutture di emergenza" dichiara **Angelo Testa** Presidente nazionale Snami tra i promotori del sabato di prevenzione presso alcuni centri commerciali, luoghi di aggregazione naturale, che hanno aderito all'iniziativa del *Medico AMICO Day Ipertensione*. "Promuoviamo la salute - sottolinea Testa - prevenendo e diffondendo un modello di cure territoriali nel rapporto forte medico-cittadino che può fare molto per la prevenzione delle cronicità come, ipertensione arteriosa, diabete mellito, malattie cardiovascolari, asma e BPCO, dolore cronico e osteoporosi". I risultati delle rilevazioni pressorie saranno rigorosamente

anonimi, ma estremamente importanti da un punto di vista di aggiornamento statistico.

## ► I dati

In Italia, l'ipertensione arteriosa è un problema che riguarda in media il 33% degli uomini e il 31% delle donne e questo numero è destinato a crescere a causa dell'invecchiamento della popolazione. Inoltre non bisogna dimenticare che il dato dell'ipertensione non controllata sfiora il 50%.

I dati complessivi delle rilevazioni fatte sul campo saranno raccolti dalla Contatto-Archimedita di Torino, grazie al sostegno della Menarini e alla organizzazione strutturata dalla Dr.ssa **Cosma Antonia Tullo**: "Non è il primo anno che ci muoviamo con questo stile. Abbiamo già agito con iniziative per la prevenzione dell'asma e dell'acido urico. Il Presidente Testa ed i dirigenti medici territoriali 4 S e Snami sono particolarmente attenti a questi programmi. Noi li accompagniamo con nostro personale formato e accogliente, affinché la rilevazione pressoria sia proprio tranquilla e senza stress alcuno. Si tratta di un comodo passaggio nella nostra area preallestita di *Medico AMICO* e di due chiacchiere e due rilevazioni pressorie. Tra l'altro la cosa avviene evitando l'influenza emotiva di un ambiente clinico al quale magari una persona potrebbe essere sensibile. Così invece uno va a fare due passi, una spesa e già che c'è fa un controllo perché, non si sa mai!".

# Il rapporto tra compassione e resilienza

Partendo dalla variabilità delle risposte individuali agli stressor, gli Autori illustrano il concetto di resilienza al burnout nella professione medica, ne descrivono le basi biologiche ed il rapporto con la regolazione emotiva, approfondendo il concetto di Compassion Satisfaction, accennano poi alle scale di misurazione della resilienza e si soffermano sul ruolo che empatia, compassione e Self-Compassion hanno nel promuoverla

**Stefano Alice, Mara Fiorese, Maurizio Ivaldi**

*Medicina Generale, Genova*

**P**oche cose variano così tanto come la risposta individuale ad un agente stressante (*Stressor*), specie se è continuativo e di natura affettiva o psicosociale. C'è chi può dire con Nietzsche "quello che non mi uccide mi rende più forte" (*Adversity Activated Development*) e chi si brucia (*Burnout Syndrome*).

Per di più quando la risposta è inadeguata, il quadro clinico che ne scaturisce è eterogeneo e difficilmente il decorso avviene con una scolastica progressione per gradi e fasi: si va da un recupero completo a forme persistenti, passando per regressioni parziali e recidive.

L'impatto di un agente stressante ovvero la sua efficienza lesiva dipende dal modo in cui l'individuo lo percepisce, dalla sua capacità di affrontarlo (*coping skills*), dalla sua reazione emotiva, dalla consapevolezza della sua vulnerabilità.

Ecco perché tra i tentativi effettuati per capire i motivi di una sofferenza così variabile in reazione a circostanze simili non può mancare lo studio dei fattori di rischio e protettivi.

Un approccio interessante è l'osservazione delle persone che si dimostrano capaci di rispondere agli eventi avversi in maniera adeguata, senza ammalarsi, insomma di chi sa reagire efficacemente o comunque riesce a riorganizzarsi, a ricostruirsi, a rifiorire (*flourishing*), a guarire.

Per indicare questa capacità, lo psichiatra statunitense Frederick Francis Flach (1927-2006) ha utilizzato un termine evocativo, "Resilienza (*Resilience*)", prendendolo in prestito dalla scienza dei materiali, nell'ambito della quale indica la proprietà di conservare o riacquistare la forma originaria dopo schiacciamento o deformazione.

Della resilienza conosciamo, oggi, le basi biologiche e il rapporto con la regolazione emotiva, disponiamo di alcune scale per misurarla ed abbiamo programmi per rafforzarla.

## ► Stress a livello encefalico

Le stigmate anatomo-patologiche dello stress a livello encefalico sono:

- l'atrofia dell'ippocampo e della corteccia prefrontale, causa di deficit della memoria, dell'attenzione, delle funzioni esecutive;
- l'ipertrofia dell'amigdala, da cui scaturiscono paura, ansia, aggressività.

Questi fenomeni sono contrastati dalla plasticità adattiva cerebrale (*neuroplasticity*) ovvero da un rimodellamento dei neuroni i cui mediatori sono ormoni sistemici, aminoacidi eccitatori e fattori neurotrofici; quindi la resilienza dipende dalla funzione plastica del cervello, che è condizionata da tutto ciò che è in grado di influenzare l'attività dei mediatori: genetica, sviluppo, stile di vita, psiche, relazioni sociali.

Le emozioni che proviamo nascono come reazione (*coping*) automatica ed immediata al significato che in prima battuta attribuiamo a ciò che ci sta succedendo (*appraisal*), spesso avviene un cambiamento dell'emozione provata o della sua intensità a seguito di una rivalutazione cognitiva (*reappraisal*) della situa-

zione; dunque la resilienza dipende dalla capacità di regolazione emozionale.

### ► **Impegno emotivo nella professione medica**

La professione medica è tra le più esposte al *burnout* per il forte impegno emotivo che la caratterizza. Il medico empatico comprende la sofferenza del paziente, la condivide e ne prova compassione, è quindi motivato a curare, aiutare, confortare ed è in grado di comprendere e condividere anche i benefici che scaturiscono dalla sua azione, con gioia, orgoglio, appagamento e benessere. Queste emozioni positive caratterizzano la cosiddetta *compassion satisfaction*: il piacere di fare bene il proprio lavoro, di fare la differenza, grazie alla propria professione, per quelli che hanno bisogno di essere curati, per le loro famiglie, per la comunità. Il concetto di *compassion satisfaction* ci consente di sottolineare che da ogni visita il medico può imparare a trarre soddisfazione emotiva o intellettuale, dopotutto c'è sempre qualcosa da imparare; è probabile che, se approcciato con questo atteggiamento, con questa speranza, con questo desiderio, il paziente lo avverta e la relazione ne tragga beneficio. L'empatia e la compassione regolano positivamente le emozioni, favorendo la resilienza, se la compassione verso gli altri è unita alla compassione verso di sé (*self-compassion*), che porta ad accettare i limiti propri e quelli della scienza medica, a ricordare che errare è umano e che qualche sconfitta capita a tutti; una consapevolezza esistenziale che proteg-



ge dallo scoraggiamento e dal senso di inadeguatezza, che aiuta a conservare l'autostima e salva dal delirio di onnipotenza. Inoltre la compassione, nata dall'empatia, porta il medico all'assunzione di responsabilità e favorisce la sopportazione dei pazienti difficili, proteggendolo da emozioni negative come la rabbia e di conseguenza salvaguardando la sua capacità di giudizio clinico; sono tutti fattori che, proteggono dal *burnout* (resilienza) ed aumentano l'efficacia terapeutica.

### ► **Conclusioni**

Si comprende che avremo medici più resilienti se selezioneremo, per la facoltà di medicina, studenti con una buona dose di empatia, spinti da una motivazione comprendente la benevolenza e la compassione; va però ricordato che empatia, compassione e resilienza possono essere rafforzate con apposito training. Per indagare con studi longitudinali la variazione della resilienza nel tempo e valutare l'efficacia dei

programmi volti a svilupparla sono utili le scale che la misurano. Consigliamo la *Resilience Scale* (RS; Wagnild & Young, 1993), la *Resilience Scale For Adults* (RSA-FA; Fridborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003) e la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) perché ne esistono versioni italiane validate. Così facendo, passeremmo da studi teorici a ricerche utili ad elaborare strategie di prevenzione individuale del *burnout*, che potrebbero risultare integrative rispetto a quelle in uso, che sono basate sulla riduzione all'esposizione a situazioni stressanti.

### **Bibliografia**

- Flach FF. Resilience-The owner to bounce back when the going gets tough. New York, 1997.
- Sprang G et al. compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout: factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma* 2007; 2(3): 259-280.
- Alice S, Fiorese M, Ivaldi M. Il rapporto tra compassione e burnout, *M.D. Medicinae Doctor* 2017; 4: 57.

# AGGIORNAMENTI

---

---

---



## ■ **CARDIOLOGIA**

- *Infarto miocardico acuto: nuove indicazioni dall'ESC 2017*
- *Cure personalizzate per l'angina pectoris stabile*

## ■ **GERIATRIA**

*Prevenire il declino cognitivo modificando gli stili di vita?*

## ■ **NUTRIZIONE CLINICA**

*"Anoressia uremica" tra diagnosi e prognosi*

## ■ **ONCOLOGIA**

*Ca della mammella: la fatigue può protrarsi dieci anni*

## ■ **OSTEOPOROSI**

*Linee guida sulle fratture da fragilità e osteoporosi*

## ■ **PNEUMOLOGIA**

*Attualità in tema di gestione delle bronchiectasie*

## ■ **VACCINAZIONI**

*Prevenzione vaccinale della nevralgia post-erpetica*

## ■ CARDIOLOGIA

### Infarto miocardico acuto: nuove indicazioni dall'ESC 2017

È stato presentato al Congresso dell'European Society of Cardiology (ESC) di Barcellona (26/30 agosto 2017) l'aggiornamento delle nuove linee guida per la gestione dell'infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato.

Il documento fornisce raccomandazioni relative ad alcuni topics non contemplati dalla precedente edizione (2012), integrate da alcune modificazioni delle evidenze già incluse.

#### ▶ Hot topics

- Per la prima volta viene fornita una chiara definizione del momento in cui far partire l'orologio del target dei 90 minuti per l'angioplastica, che deve partire al momento della diagnosi di infarto miocardico (STEMI) tramite ECG. "Fino ad ora c'era confusione tra far partire il conto nel momento in cui il paziente avverte i primi sintomi, quando vengono chiamati i servizi di emergenza, quando l'ambulanza arriva sulla scena o quando il paziente arriva all'ospedale. In realtà non sappiamo se il paziente soffre di STEMI fino a quando questo viene confermato dall'ECG, che diventa

quindi un punto di partenza ragionevole per l'intervallo di tempo di 90 minuti", ha affermato il presidente della task force professor Stefan James (Svezia).

- Il vago termine "door-to-balloon" è stato rimosso dalle linee guida e il primo contatto medico è definito come il momento in cui il paziente viene inizialmente valutato da un medico, un paramedico o un'infermiera che ottiene e interpreta l'ECG. Il door-to-balloon non è più un termine utile; il trattamento viene in genere avviato in ospedale ma ora può anche iniziare già nell'ambulanza, in modo che il tempo varia a seconda della situazione.

- Nei casi in cui la strategia di reperfusion è la fibrinolisi, il tempo massimo di ritardo dalla diagnosi di STEMI al trattamento è stato ridotto da 30 minuti nel 2012 a 10 minuti nel 2017. Nel documento del 2012 la rivascolarizzazione completa non era raccomandata, limitando il trattamento alle sole arterie coinvolte nell'evento mentre la nuova edizione sostiene che a la rivascolarizzazione completa dovrebbe essere considerata, con trattamento delle arterie non infartuate durante la procedura o in

un altro momento prima della presa in carico ospedaliera.

- Non viene più raccomandata la tromboaspirazione, in base a quanto emerso in due studi di grandi dimensioni che hanno coinvolto oltre 15mila pazienti, né lo stenting differito. Relativamente all'angioplastica, l'uso di stent medicati va a sostituire quello degli stent metallici, mentre un'altra importante novità riguarda l'upgrade dell'accesso radiale rispetto a quello femorale.

- Nel capitolo farmacoterapia, la doppia terapia antiaggregante può essere estesa oltre 12 mesi in pazienti selezionati, mentre la bivalirudina è stata degradata dalla classe I alla IIa e l'enoxaparina ha avuto un upgrade dalla classe IIb alla IIa. Cangrelor, farmaco non menzionato nel documento del 2012, viene ora raccomandato come valida opzione in alcuni pazienti.

- Il documento propone indicazioni per un'ulteriore riduzione dei valori lipidici in pazienti che con valori elevati di colesterolo nonostante la dose massima di statine.

È stato ridotto il valore di saturazione che identifica l'ipossia da correggere con ossigeno dal 95% al 90% ed è stato ridotto il dosaggio dei trombolitici nei pazienti anziani.

#### Bibliografia

- 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart J* 2017; doi 10.1093/eurheartj/ehx393

## ■ CARDIOLOGIA

### Cure personalizzate per l'angina pectoris stabile

Con un importante contributo italiano, un gruppo di esperti suggerisce un nuovo approccio personalizzato, cosiddetto "a diamante", per il trattamento dell'angina pectoris stabile, a partire dalla centralità del paziente, dalle comorbidità e dal meccanismo sottostante la malattia.

#### ► Documento di consenso

"Abbiamo stilato un documento di consenso che suggerisce un approccio diverso dalle linee guida, identiche da decenni - spiega il prof. **Roberto Ferrari**, Direttore Cardiologia e Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Ferrara e primo autore dell'articolo. La demarcazione fra le due categorie di farmaci impiegati, quelli di prima scelta (beta-bloccanti, bloccanti dei canali del calcio, nitrati) e quelli di seconda scelta (ivabradina, ranolazina, trimetazidina, nicorandil) risponde solo alla tradizione: i farmaci di prima scelta sono ancora efficaci ma sono stati introdotti più di 50 anni fa. I farmaci considerati di seconda scelta sono innovativi e presentano meno effetti collaterali. Inoltre sono stati approvati pochi anni fa in base a regole più

stringenti rispetto a quelle in vigore in passato".

"Ad esempio gli studi clinici che hanno condotto all'approvazione dell'ivabradina hanno coinvolto più di 14mila pazienti, per i beta-bloccanti invece meno di 1.000 anche se, ovviamente, i beta-bloccanti sono stati utilizzati in milioni di pazienti, ma non in studi controllati. E non vi sono studi di confronto che ad esempio dimostrino che un beta-bloccante funziona meglio dell'ivabradina o della ranolazina. Le più recenti evidenze dimostrano come risulti più efficace la strategia di associare più molecole con meccanismi d'azione sinergici (quali ad esempio beta-bloccanti, ivabradina, ranolazina e trimetazidina) piuttosto che l'aumento del dosaggio del solo beta-bloccante che spesso si associa ad effetti collaterali significativi e ad eventi avversi severi soprattutto negli anziani. L'uso di farmaci quali i nitrati a lunga durata di azione (cerotti o formulazioni orali) che rappresentano circa il 70% dei trattamenti anti-anginosi in Italia è poco o nulla efficace e può essere dannoso, come sottolineato dalla Società Europea di Cardiologia. La distinzione rigida sostenuta dalle linee guida ha spesso

determinato un uso acritico delle terapie di prima scelta da parte dei clinici senza considerare il paziente e la patologia di base che si trova dietro l'angina.

Il nuovo approccio può essere particolarmente utile ai Mmg e richiede un maggior sforzo da parte del clinico che è così indotto a considerare nel merito le condizioni del paziente, che potrebbe presentare angina con tachicardia o bradicardia, ipertensione o ipotensione, fibrillazione atriale, diabete, malattia renale cronica o ipertiroidismo.

"Abbiamo posto il paziente, la patologia e le sue comorbidità al centro. Abbiamo considerato sullo stesso piano tutti i farmaci a disposizione per il controllo del dolore, li abbiamo inseriti in un ipotetico cerchio e li abbiamo uniti con linee che formano una specie di diamante (da qui il 'diamond approach'): abbiamo individuato le molecole che non devono essere usate insieme, quelle da impiegare in associazione, i farmaci 'neutrali', che non presentano controindicazioni, infine quelli con un meccanismo d'azione simile. Siamo convinti che questa nuova prospettiva si tradurrà in un netto miglioramento delle cure" - conclude il prof. Ferrari.

#### Bibliografia

- Ferrari R et al. Expert consensus document: A 'diamond' approach to personalized treatment of angina. *Nature Reviews* 7 September 2017. doi:10.1038/nrcardio.2017.131

## ■ GERIATRIA

### Prevenire il declino cognitivo modificando gli stili di vita?

**I**n più di un terzo dei casi la demenza senile potrebbe essere prevenibile o ritardabile modificando alcuni fattori dello stile comportamentale/di vita che influenzano il rischio individuale. Questa prospettiva è contenuta nel report di Lancet "International Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care" presentato alla Conferenza Internazionale dell'Associazione Alzheimer (AAIC 2017, Londra 16/20 luglio), durante la quale sono state illustrate diverse ricerche che evidenziano la potenzialità degli interventi sugli stili di vita per prevenire il declino cognitivo.

#### ► Fattori di rischio identificati

Secondo quanto riportato nel documento, circa il 35% di tutti i casi di demenza senile è attribuibile a nove fattori di rischio potenzialmente modificabili. Molti dei fattori di rischio si verificano in particolari stadi di vita, ma alcuni, come il fumo e l'ipertensione arteriosa, fanno la differenza in tutte le fasi della vita. I nove fattori di rischio modificabili includono:

- **Adolescenza:** scarsa formazione scolastica
- **Età adulta:** ipertensione, obesità, perdita di udito
- **Età avanzata:** depressione, diabe-

te, inattività fisica, fumo, isolamento sociale.

I fattori più comuni rappresentano una maggiore percentuale di rischio nella popolazione. Per esempio gli autori stimano che l'8% di tutti i casi di demenza possa essere associato a una scarsissima istruzione scolastica e che il 5% potrebbero essere associati al fumo. Mentre il meccanismo che collega l'istruzione, l'ipertensione, il diabete e il fumo alla demenza è relativamente ben compreso, il riconoscimento della perdita dell'udito come potenziale fattore di rischio è ancora nuovo e la ricerca è in una fase precedente.

#### ► Raccomandazioni

Per ridurre l'incidenza di demenza viene vivamente raccomandato di curare l'ipertensione in tutti i soggetti e in tutte le fasi della vita. Altri interventi raccomandati includono maggiore istruzione nell'infanzia, esercizio fisico regolare, mantenimento degli impegni sociali, cessazione del fumo e gestione della perdita dell'udito, della depressione, del diabete e dell'obesità.

"L'intervento per i fattori di rischio cardiovascolari, la salute mentale e l'udito possono ritardare l'insorgenza di malattia di anni in una grande per-

centuale di casi. La prevalenza della demenza potrebbe essere dimezzata se il suo inizio sarà ritardato di cinque anni", ha affermato Gill Livingston, autore principale del documento.

Secondo la relazione, la prevalenza mondiale della demenza potrebbe essere ridotta di più di un milione di casi con una riduzione del 10% della prevalenza dei sette fattori di rischio principali. Un intervento che ritardi la comparsa di demenza di un anno potrebbe ridurre il numero di persone che vivono con la demenza nel mondo a 9 milioni nel 2050.

#### ► Una provocazione?

Gli autori riconoscono che la loro stime sono teoriche. Un recente rapporto dell'U.S. *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* è molto più prudente, suggerendo che alcuni cambiamenti nello stile di vita potrebbe rafforzare la salute del cervello. È plausibile però che un buon controllo della pressione arteriosa potrebbe ridurre il rischio di demenza e di declino cognitivo. Perché? "Quello che è buono per il cuore è generalmente buono per il cervello": oltre a essere un fattore di rischio per eventi CV l'ipertensione aumenta anche il rischio di "demenza vascolare". Nessuna certezza dunque, ma la ricerca è in una fase molto dinamica.

#### Bibliografia

- Leshner AI et al. Preventing cognitive decline and dementia: a way forward. *National Academies Press (US)*; 2017 Jun 22.
- [www.thelancet.com/commissions/dementia2017](http://www.thelancet.com/commissions/dementia2017)

## ■ NUTRIZIONE CLINICA

### “Anoressia uremica” tra diagnosi e prognosi

**I**l progressivo declino della velocità di filtrazione glomerulare nei pazienti con malattie renali croniche è associato ad una riduzione significativa dell'assunzione di cibo per la perdita di appetito, tanto da arrivare all'anoressia, presente ancor di più in coloro che si trovano in trattamento sostitutivo sia emodialitico sia di dialisi peritoneale.

Nei pazienti con insufficienza renale cronica l'anoressia è legata principalmente all'accumulo di composti anoressigenici non identificati, alle citochine infiammatorie e alle alterazioni della regolazione dell'appetito, come lo squilibrio degli aminoacidi, che aumenta il trasporto del triptofano libero attraverso la barriera emato-encefalica. Ciò crea uno stato iperserotoninergico che è soggetto a basso appetito.

“Si tratta di un fenomeno che è importante riconoscere sin nelle fasi iniziali della nefropatia cronica ed è proprio il medico di famiglia che spesso viene consultato dal paziente che lamenta questa condizione, presentando anche un senso di sazietà precoce e nausea con la conseguente difficoltà ad alimentarsi normalmente” spiega a **M.D. Alessio Molfino**, Dipartimento di Medicina clinica, Sapienza Universi-

tà di Roma, relatore sul tema al 2° Congresso nazionale SINuC (Società Italiana di Nutrizione Clinica e metabolismo) svoltosi lo scorso giugno a Firenze, nonché membro della società.

Riconoscere precocemente questa condizione è importante per intervenire con un approccio adeguato, al fine di spezzare il circolo vizioso che si instaura.

“Da un lato si riducono gli apporti proteici, ma con l'avanzare degli stadi di malattia i pazienti lamentano la perdita dell'appetito. L'approccio è quello di cercare di mantenere l'appetito regolare e soprattutto di conservare il più possibile le ingesta, quindi gli apporti proteici-calorici quotidiani, anche al fine di ridurre le comorbidità e l'incidenza della malnutrizione proteico-energetica. Sappiamo infatti che i pazienti che perdono peso in modo involontario soprattutto a causa della perdita dell'appetito hanno un maggior rischio di complicanze e un aumento di mortalità nel breve e nel lungo termine”.

#### ► Indicazioni di pratica clinica

“Nelle fasi iniziali è importante modificare la dieta con un intervento nutrizionale specifico in collabora-

zione con uno specialista nel ramo della nutrizione affiancato a una dietista. Una possibilità è quella di cambiare la consistenza degli alimenti e migliorarne la palatabilità, aumentandone il gradimento sempre con l'obiettivo di assicurare corrette quantità di calorie e di proteine. Andrebbe consigliato invece di evitare i cibi che maggiormente inducono senso di sazietà precoce o nausea, per esempio tentando di ridurre alcuni specifici grassi che possono alterare il gusto. Nelle fasi in cui l'obiettivo da raggiungere non può più essere garantito esclusivamente con la dieta adeguata è importante sostenere i pazienti con supplementi orali nutrizionali, specifici per i soggetti con insufficienza renale e quando questo approccio non risulta ottimale, si potranno impostare strategie di livello superiore, come ad esempio la nutrizione artificiale” - conclude Molfino.

#### Bibliografia

- Carrero JJ. Mechanisms of altered regulation of food intake in chronic kidney disease. *J Ren Nutr.* 2011; 21: 7-11.
- Chazot C. Why are chronic kidney disease patients anorexic and what can be done about it? *Semin Nephrol* 2009; 29: 15-23.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Alessio Molfino

## ■ ONCOLOGIA

### Ca della mammella: la fatigue può protrarsi dieci anni

**L**a fatigue cancro-correlata durante la malattia, i fattori di rischio che potrebbero favorirne lo sviluppo e la persistenza nelle/nei pazienti lungo-sopravvissuti del cancro della mammella è oggi oggetto di approfondimento da parte della comunità scientifica.

L'eccellenza italiana ha prodotto diversi contributi e ultimo è uno studio prospettico che ha rilevato l'incidenza, il tempo di insorgenza, la durata della fatigue e l'impatto sulla qualità della vita e sui disturbi di tipo psicologico. Tra i principali autori **Alessandra Fabi** e **Patrizia Pugliese**, rispettivamente oncologa e psicologa dell'Istituto Nazionale Tumori (IRE) Regina Elena di Roma.

È uno studio che delinea l'importanza della rilevazione precoce e a distanza della fatigue, sentita e comunicata da molte donne in corso e dopo le terapie adiuvanti cui sono sottoposte e che aggrava non solo la loro fisicità (stanchezza, senso di affaticamento complessivo), ma influenza anche la loro vita sociale e familiare. Per la prima volta tale "sindrome" viene studiata nel tempo (10 anni) e rileva la permanenza della fatigue negli anni successivi al trattamento e trova nell'ansia e nella depressione d'esordio alla malattia i fattori predittivi della sua insorgenza.

#### ► Lo studio

Sono state seguite 78 pazienti (età media 49 anni) con diagnosi precoce di cancro della mammella, sottoposte a chemioterapia seguite o meno da trattamento ormonale sulla base o meno della ormono-responsività del tumore. Durante il percorso terapeutico e nel corso dei 10 anni di follow-up lo studio ha previsto la compilazione di questionari sulla qualità della vita e sindromi psicologiche (ansia e depressione), sia di tipo quantitativo che qualitativo.

#### ► Risultati

I dati emersi rilevano una bassa incidenza di fatigue dopo l'intervento chirurgico (solo il 9%), ma che aumenta al 49% durante la chemioterapia e persiste nel 47% delle pazienti alla fine della chemioterapia. Si mantiene allo stesso livello nel 31% dei casi dopo un anno dal termine dei trattamenti e tende a ridursi fino a dieci anni di follow-up, senza però mai scomparire.

Alla fine del trattamento la persistenza di fatica correlata al cancro è stata associata all'ansia nel 20% delle pazienti in particolare nell'11% dopo 1 e nel 5% dopo 2 anni dalla chemioterapia.

mentre l'associazione con la depressione si rilevava rispettivamente nel 15%, nel 10% e nel 5%.

Ciò che è stato rilevato dallo studio è che le pazienti che presentano depressione e ansia prima della chemioterapia sono quelle più a rischio di sviluppare fatigue nel periodo successivo.

#### ► Commento

“Questo studio dimostra quanto sia importante che al miglior trattamento oncologico - ha sottolineato **Francesco Cognetti**, direttore di Oncologia Medica 1 dell'IRE - si accompagni la cura della persona in tutti i suoi molteplici aspetti e per tutte le conseguenze che una malattia neoplastica comporta. In particolare dimostra che la fatigue, condizione estremamente invalidante e generata da possibili molteplici cause nelle pazienti affette da neoplasia mammaria operata, può essere anche prevenuta o trattata con interventi mirati e precoci di natura psicoterapica.”

Rimane la necessità di uno studio con un campione più numeroso per confermare la natura e la direzione della relazione tra fatigue e stato mentale al fine di assicurare al gruppo di pazienti a rischio interventi precoci di miglioramento della fatigue e del distress psicologico.

#### Bibliografia

- Fabi et al. The course of cancer related fatigue up to ten years in early breast cancer patients: What impact in clinical practice? *Breast* 2017; 34: 44-52.

## ■ OSTEOPOROSI

### Linee guida sulle fratture da fragilità e osteoporosi

**G**li ultimi dati OsMed rivelano per l'osteoporosi un quadro preoccupante: circa l'80% dei pazienti con frattura femorale o vertebrale da fragilità, oppure in trattamento cronico con glucocorticoidi, non ha una diagnosi corretta e un adeguato trattamento farmacologico.

In totale si stima siano 1.200.000 gli italiani in questa allarmante situazione, per lo più anziani fragili. Sono alcune delle criticità che hanno indotto diverse Società Scientifiche (SIE, SIGG, SIMFER, SIMG, SIMI, SIOMMMS, SIR e SIOT) a dare vita ad una Commissione intersocietaria che ha prodotto nuove linee guida sulla gestione dell'osteoporosi e delle fratture da fragilità.

"Le nuove Linee guida condivise sono un obiettivo importante raggiunto dalla Commissione intersocietaria - ha commentato il coordinatore **Giancarlo Isaia** e past president della SIOMMMS. La Commissione, infatti, si è formata con il preciso scopo di diffondere a una platea di oltre 30.000 medici, concetti scientifici moderni e indicazioni pratiche riguardo alle modalità operative e di gestione dell'osteoporosi e delle fratture".

#### ► Nuove strategie terapeutiche e prevenzione

Il documento puntualizza tutti gli aspetti legati della malattia, sulla base delle più recenti acquisizioni. Una sezione è dedicata alle nuove strategie terapeutiche e alla prevenzione. In futuro le terapie saranno ancora più mirate: da poco l'Fda, ha approvato abaloparatide, un analogo del PTH che si è dimostrato in grado di ridurre l'incidenza delle fratture; inoltre sono in avanzata sperimentazione due anticorpi monoclonali anti sclerostina, una proteina che ostacola la neoformazione ossea.

La promessa di farmaci più efficaci non deve però distogliere l'attenzione dai fondamentali della prevenzione. La regolare attività fisica è un importante fattore protettivo per l'osteoporosi e un adeguato programma riabilitativo è in grado di ridurre il rischio di fratturarsi, migliorare il recupero e ridurre le complicanze dopo una frattura.

Un allenamento costante basato su esercizi personalizzati è in grado di diminuire negli anziani sia il rischio di caduta che di traumi correlati.

Strategici per tutti i pazienti sono l'approccio nutrizionale corretto e l'abolizione dei fattori di rischio modificabili, scelte inerenti lo stile di vita che trovano nel Mmg un punto di riferimento. In tal senso è certamente un valore aggiunto la partecipazione della Simg alla Commissione. "Al fine di stimare il potenziale rischio di fratture osteoporotiche - ha commentato **Raffaella Michieli**, Responsabile Area Salute della Donna della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - i dati provenienti dalla MG rappresentano una preziosa fonte di informazione. Grazie a questi dati e utilizzando uno specifico algoritmo, è stato prodotto uno 'score' denominato FraHS, in grado di predire il rischio di fratture osteoporotiche. Finalmente il medico ha sottomano, con immediatezza, ciò che prima andava calcolato a mente valutando singolarmente tutti i fattori di rischio. Questo sistema, infatti, produce un valore che non solo ci permette di allertarci in caso di pazienti che già necessitano di terapia, ma ci consiglia anche nel caso ci sia invece bisogno di una procedura di approfondimento diagnostico come la densitometria ossea".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giancarlo Isaia

## ■ PNEUMOLOGIA

### Attualità in tema di gestione delle bronchiectasie

**F**ino a poco tempo fa le bronchiectasie sono state considerate una malattia rara, ma i dati attuali dimostrano chiaramente che non è così. I dati italiani evidenziano infatti come ci siano almeno 100.000 persone affette da bronchiectasie nel nostro Paese, con un'incidenza di 10.000 casi l'anno. Si tratta quindi di una malattia sicuramente dimenticata, ma non certamente rara, e "orfana", visto che ad ora non esistono farmaci con questa indicazione.

"Com'è noto si tratta di una dilatazione permanente a carico dell'albero respiratorio che caratterizza una sindrome in cui il paziente presenta tosse cronica, espettorato muco-purulento, dispnea e altri disturbi generali", ricorda **Francesco Blasi**, Professore di Medicina respiratoria all'Università di Milano, Direttore della Pneumologia al Policlinico di Milano e chair della 2ª Conferenza mondiale sulle bronchiectasie (Milano, luglio 2017).

Al Congresso milanese sono stati presentati alcuni studi che fanno ben sperare sulla possibilità di avere, in un tempo non troppo remoto, delle opzioni terapeutiche.

Non solo: si è ampiamente discusso delle definizioni di riacutizzazio-

ne di bronchiectasie, visto che la questione è ancora abbastanza nebulosa in letteratura e riveste un ruolo importante anche per i futuri studi clinici: una definizione accettata da tutti gli sperimentatori, è infatti fondamentale per poter monitorare l'effetto dei farmaci.

#### ► Dal sospetto diagnostico alla gestione terapeutica

"La presenza di un'affezione respiratoria cronica con tosse e produzione di catarro è caratteristica delle bronchiectasie, ma si tratta di un quadro quanto mai aspecifico che più spesso suggerisce la presenza di BPCO" - spiega il prof. Blasi. "Questi pazienti perciò arrivano spesso tardi alla diagnosi proprio perché sono etichettati come BPCO. Per questo un paziente che ha un aspetto di bronchite cronica con infezioni ricorrenti andrebbe sempre indagato con una Tac del torace per escludere la presenza di bronchiectasie", tenendo anche conto che i pazienti BPCO, nel 30% dei casi, presentano bronchiectasie clinicamente significative, mostrando quindi una sovrapposizione delle due malattie, un aspetto questo

da non trascurare.

Ai fini di offrire le migliori cure possibili, al Policlinico di Milano è stato istituito da alcuni anni un vero e proprio "Programma bronchiectasie" che prevede la collaborazione di diversi professionisti, al fine di individualizzare la corretta gestione di questi pazienti. Inoltre, alla luce della mancanza di forti evidenze e soprattutto di dati "real life", è stato da poco istituito anche l'Osservatorio nazionale dei pazienti adulti affetti da bronchiectasie non dovuta a fibrosi cistica, sostenuto dalla Società Italiana di Pneumologia (Registro IRIDE), che ad oggi ha arruolato più di 500 pazienti e i cui primi dati sono stati presentati al congresso a Milano. Il registro ha un ruolo fondamentale, non solo di carattere epidemiologico, ma anche come network per poter condurre studi importanti sia osservazionali che di intervento, per costruire una rete di ricercatori, di clinici e di medici che vogliono confrontarsi sulla cura di questa malattia e come strumento per poter interloquire con strutture e organizzazioni anche di carattere regolatorio che possono avere un ruolo nella commercializzazione di farmaci.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare il commento di Francesco Blasi

## ■ VACCINAZIONI

### Prevenzione vaccinale della nevralgia post-erpetica

La nevralgia post-erpetica (PHN) è una frequente complicanza dell'infezione da herpes zoster (HZ) e la sintomatologia dolorosa è di particolare intensità e durata oltre ad essere resistente alle comuni terapie antalgiche. Per questo motivo è determinante il ruolo della prevenzione ed è importante informare la popolazione circa il maggior rischio che si corre oltre i 60 anni, periodo in cui aumenta anche la frequenza e la gravità delle complicanze, di contrarre l'herpes zoster e contemporaneamente far sapere che con la vaccinazione è possibile ridurre la possibilità di contrarre la malattia.

L'alleanza tra sanità pubblica e Asl potrebbe avere un'importanza cruciale per veicolare l'informazione e per il ruolo svolto dai medici di medicina generale, che sono i principali o comunque i primi referenti dei pazienti anziani e dei soggetti più a rischio: difatti spesso il medico di famiglia è tra i primi a diagnosticare una nevralgia post-erpetica.

"Il contributo del medico di medicina generale rispetto alla vaccinazione contro herpes zoster è fondamentale - spiega **Tommasa Maio**,

medico di medicina generale, Responsabile Area Vaccini FIMMG, dal momento che è in grado di individuare più facilmente i soggetti a rischio e può fare un'azione di avvicinamento e consapevolezza laddove sussista una resistenza dei pazienti verso la vaccinazione, oltre che di educazione, dando loro le informazioni necessarie sul vaccino. Il medico di famiglia è quello che più frequentemente è a contatto con i cittadini per diverse motivazioni, c'è un contatto prolungato nel tempo e una relazione molto diretta. Tutto ciò permette di instaurare un rapporto di grande fiducia, di fare prevenzione, counselling e dare motivazione. Senza considerare che la presenza dei Mmg sul territorio è assolutamente capillare. È chiaro, detto ciò, che l'elemento organizzativo potrà fare veramente la differenza, per questa come per altre vaccinazioni".

#### ► Vaccino anti-herpes zoster

Il vaccino contro l'herpes zoster è indicato per i soggetti di età pari o superiore a 50 anni e approvato in 60 Paesi in tutto il mondo; viene somministrato in un'unica dose

per via sc o im. In Italia è inserito nei LEA e nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 viene raccomandata la vaccinazione dei 65enni. Ad oggi la situazione delle Regioni è a "macchia di leopardo" con Liguria e Puglia con offerta attiva e gratuita alla coorte dei 65enni, Calabria e Sicilia ai 65enni e 70enni, in altre Regioni offerta di gratuità ma su richiesta. Solo in alcune Regioni è attivo il coinvolgimento dei Mmg.

L'efficacia del vaccino è stata dimostrata in diversi studi. In un trial condotto su 38.546 soggetti con età >60 anni senza precedente storia di HZ il vaccino ha ridotto del 51% il rischio di sviluppare la malattia virale e del 67% i casi di PHN rispetto al placebo (*NEJM 2005; 352: 227184*). In un altro studio (soggetti con età tra 50 e 59 anni) il vaccino ha ridotto del 70% il rischio di sviluppare herpes zoster rispetto al placebo (*Clinical Infectious Diseases 2012; 54: 922-8*). Uno studio a lungo termine (8 anni di distanza dalla vaccinazione) ha permesso di confermare che l'efficacia del vaccino nella prevenzione della nevralgia post-erpetica si mantiene stabile.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Tommasa Maio

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

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

## Lunedì

► Non so che sentimento provo (amarezza, tristezza, senso di impotenza o rabbia) di fronte allo scambio di email tra medici (medici di famiglia, oncologi e amministratori) il cui contenuto riguarda se sia meglio scrivere in ricetta "visita oncologica di controllo" o "prima visita oncologica" nel caso che il paziente già diagnosticato venga da un'altra Ulss. La burocrazia sta rubando tempo, risorse, impegno a quella che era la più nobile delle professioni. Penso che pagheremo tutti per questo.

► "Già che sono qui, dottore, mi dà anche un'occhiata all'orecchio, quando mi pulisco ho un leggero senso di fastidio". Quando introduco il cono dell'otoscopio percepisco una certa resistenza, come ci fosse uno scaglino da superare nel condotto uditivo. Con la pinza asporto un puntale metallico di una penna a sfera che il paziente aveva nell'orecchio da settimane.

► "Dottore, praticamente non bevo, a tavola pochissimo e soltanto un cognac al mattino e uno alla sera".

## Martedì

► Ha la sclerosi multipla diagnosticata da qualche anno, ha continuato a lavorare e ad avere una vita quasi normale. Non si è mai depresso e anche i rapporti con l'altro sesso non sono mai stati limitati dalla malattia. Da un paio di mesi ha bisogno di ausili per poter camminare. Oggi è venuto in studio con le la-

crime agli occhi: "Da quando ho queste maledette stampelle le ragazze scappano tutte, la mia vita non ha più senso".

► Un ragazzino è stato portato con urgenza in ambulatorio dalla mamma, era colto da conati di vomito, si reggeva a malapena in piedi e si assopiva appena sdraiato sul lettino. La madre in lacrime era andata a prenderlo a scuola, preoccupatissima mi guardava per chiedermi aiuto. In piena epidemia di virusi intestinale, ho rassicurato la signora e ho somministrato al giovane (seconda media inferiore) mezza fiala di metoclopramide intramuscolo per vomito. Due giorni dopo sono venuto a sapere da altri miei giovani pazienti, che il ragazzo si era scolato in classe una quantità di vodka non indifferente.

## Mercoledì

Stanotte sono stato svegliato perché un mio paziente era morente. Quando sono arrivato era già cadavere.

Non aveva né moglie né figli, solo pochi mesi fa gli era morto il fratello, avevano lavorato una vita assieme portando avanti un'attività che il padre aveva trasmesso loro fin da ragazzini; questa mancanza aveva svuotato di ogni significato la sua esistenza. La malattia del fratello lo aveva segnato profondamente, era stata una malattia devastante con un decorso doloroso, segnato da ricoveri e interventi, da complicanze e forse da un non necessario accanimento terapeutico.

Da allora era cambiato, era invecchiato rapidamente e quando si è rivolto a me per la prima volta, perché i sintomi erano ormai in-

sopportabili, aveva già una neoplasia in fase avanzata. Era stato dimesso dall'ospedale solo tre giorni fa, era stato ricoverato per la stadiazione della malattia. Stamane è venuto in studio il dipendente di una ditta di onoranze funebri per farmi compilare la scheda ISTAT sulla causa di morte.

L'ho compilata, ho indicato la neoplasia ma la vera causa non l'ho potuta scrivere, non è contemplata nei codici classificativi, non ho potuto scrivere che non voleva essere curato e che non voleva più vivere senza il fratello.

## Giovedì

Alla mia età vedo in studio adulti che seguono ormai da molti anni. Oggi ho visto un signore che curo da quando era ragazzino; è strano, e anche fuorviante come io tendo a considerare queste persone in maniera differente da quelle della stessa età che conosco da poco. Tendo a vedere i miei pazienti come dei soggetti che non invecchiano, il rapporto di età tra me e loro rimane costante, li considero sempre giovani e talvolta tendo a sottovalutare i fattori di rischio che anche loro hanno acquisito con l'età, talvolta tendo a sottovalutarne i sintomi.

Ecco perché sono rimasto di sasso quando ho preso visione della Tac che Filippo mi ha portato. Una massa pancreatica, aree sostitutive epatiche, coinvolgimento diffuso linfonodale ecc.

Non me lo sarei mai aspettato, è impossibile accettare che quel bambino che hai visto crescere possa avere ora una patologia del genere, sembra contro natura. Un'altra ferita profonda nella mia anima.

## Venerdì

► Non ho prescritto alcuni esami del sangue ad una mia paziente che mi ha presentato un foglio in cui erano segnati numerosi accertamenti che avrei dovuto richiedere.

Seguo la signora da molti anni, praticamente da ragazzina e abbiamo sempre avuto un ottimo rapporto. Si è recata, di sua volontà,

da un collega reumatologo perché pensa di avere una malattia di pertinenza di questa specialità. Quando le ho detto che molti esami richiesti erano appena stati eseguiti e che non aveva senso ripeterli ha insistito perché li prescrivessi; le ho spiegato che il collega li aveva richiesti perché non conosceva i precedenti e che in ogni caso non ha senso sprecare denaro pubblico per accertamenti inutili. Oggi è tornata in studio a chiedermi copia della cartella clinica sua e di quella dei suoi familiari, hanno tutti cambiato medico. Naturalmente un "medico di base" non può in ogni caso permettersi di non eseguire quanto prescritto da uno "specialista".

► "Dottore, vorrei che mi compilasse i moduli per poter ricoverare mia madre in una Residenza Sanitaria per Anziani, come ben sa le sue condizioni sono molto critiche e mio fratello ed io non ci sentiamo in grado di farcene carico". "So che sua madre, perfettamente in grado di intendere e volere, è a casa assistita da una badante, lei è a conoscenza di questa sua richiesta? È d'accordo?" "No dottore, lei non vuole assolutamente essere allontanata da casa sua." Il destino di una persona può essere deciso dalla sorte, dalla volontà, dall'ambiente e dalla genetica, ma può dipendere dal desiderio di un figlio?

## Sabato

È venuta a chiedermi un'altra settimana di malattia; questa volta mi ha detto la verità, non era vero che era depressa non dormiva, ma aveva bisogno di assentarsi dal lavoro per seguire la madre ricoverata. Le ho spiegato che non si può certificare una malattia inesistente e che in ogni caso sarebbe dovuta essere reperibile a domicilio. Quando è uscita dallo studio mi sembrava avesse capito. Solo mezz'ora dopo mi ha chiamato il compagno coprendomi di insulti e minacce; come mi sono permesso di negare dei giorni di malattia a una persona che è sana e non è mai rimasta a casa per nessuna patologia!

# Cardiotossicità da terapia radiante

Spesso il successo della terapia antitumorale ha un prezzo in termini di effetti collaterali.

Anche i trattamenti radioterapici del distretto toracico sono gravati da forme di cardiotossicità radioindotta, che può insorgere in fase acuta o tardiva.

I progressi tecnologici hanno consentito di ridurre i campi e le dosi di irradiazione, ma la patologia cardiovascolare rimane la prima causa di morte non correlata al tumore

**Antonio Ferrero** - S.C. Cardiologia ASLTO5 - CdL Professioni Sanitarie Università di Torino  
**Francesca Procacci** - CdL Professioni Sanitarie Università di Torino

L'incidenza delle patologie neoplastiche è in costante aumento nei Paesi occidentali. Allo stesso tempo i progressi nella terapia antitumorale hanno allungato la sopravvivenza dei pazienti e per alcuni tumori è possibile parlare di guarigione o cronicizzazione della malattia.<sup>1</sup>

Tuttavia spesso il successo paga un prezzo in termini di effetti collaterali anche gravi ed è ormai ben nota e studiata la cardiotossicità secondaria a trattamenti chemioterapici di vecchia e nuova generazione.

Anche i trattamenti radioterapici del distretto toracico sono gravati da forme di cardiotossicità radioindotta (*Radiation-induced Heart Disease, RIHD*).<sup>1,2-13</sup>

Le complicanze cardiache dell'irradiazione toracica sono state considerate rare e di scarsa importanza per un lungo periodo nella storia della radioterapia, nonostante le prime segnalazioni di possibili effetti cardiotossici dei raggi X risalgano al 1897. Con la progressiva introduzione di tecniche d'irradiazione ad alto voltaggio per la cura dei tumori, i potenziali rischi aumentarono ulteriormente, ma ancora a metà del XX secolo le notizie riguardo ai potenziali effetti

della radioterapia a livello miocardico continuarono a rimanere scarse.

In seguito, numerosi studi retrospettivi hanno affrontato quest'argomento, dimostrandone l'importanza e l'attualità.

Attualmente si ritiene che si manifesti danno cardiaco da radioterapia nel 10-30% dei pazienti entro 5-10 anni dal trattamento.<sup>1</sup> Tuttavia questi dati fanno riferimento a studi di piccole dimensioni, piuttosto datati. La RIHD può insorgere in fase acuta o tardiva dopo un trattamento radiante. Le complicanze acute (entro 6 mesi dalla fine del trattamento) si manifestano in genere con pericardite e sono di norma transitorie.

Gli effetti tardivi possono coinvolgere il cuore in modo globale, con insufficienza cardiaca, angina, infarto acuto del miocardio, cardiopatie valvolari e aritmie.<sup>2</sup>

Nello studio della RIHD sono stati ricercati i fattori di rischio che aumentano la possibilità di manifestare cardiopatia post-attinica: dose totale di radiazioni >30-35 Gy; dose giornaliera >2Gy al giorno; area di campo irradiato (volume); localizzazione della massa neoplastica in prossimità del cuore; giovane età all'epoca dell'esposizione;

tempo trascorso dalla radio-esposizione; tipo di sorgente radioattiva; cardiotossicità da chemioterapici associati (antracicline); fattori di rischio cardiovascolare e/o coesistenti patologie cardiovascolari; tecniche di irradiazione.<sup>3</sup>

Oggi la radioterapia non è di solito usata come unica modalità di trattamento, ma viene integrata in programmi terapeutici combinati, questo ha permesso la riduzione di dosi e volumi di radioterapia.

Inoltre, le modalità di pianificazione ed esecuzione della radioterapia sono migliorate enormemente nelle ultime due decadi. Tecniche moderne come *Intensity-modulated radiotherapy (IMRT)*, *image-guided radiotherapy (IGRT)* e il *respiratory gating* hanno l'intento di diminuire i volumi e le dosi di irradiazione degli organi a rischio, cuore incluso, riuscendo a non inficiare il controllo a lungo termine della malattia.<sup>1,5</sup>

## ► Fisiopatologia del danno da radiazioni

### • Danno acuto

Uno dei principali danni cardiaci da radiazioni è la fibrosi tissutale. Entro pochi minuti dall'esposizione

ne alle radiazioni ionizzanti, l'insulto fisico provoca vasodilatazione e aumento della permeabilità vascolare, con successivo edema post-radiazione. Le cellule endoteliali danneggiate secernono, durante lo stato flogistico acuto, molecole d'adesione, fattori di crescita e citochine pro-infiammatorie, tra le quali il fattore chemiotattico per monociti, il fattore di necrosi tumorale (TNF) e varie interleuchine (IL-1, IL-6 e IL-8).<sup>4</sup> Sempre nella fase acuta, alcune proteasi della matrice danneggiano la membrana basale dell'endotelio vascolare, permettendo alle cellule dell'infiammazione reclutate di convergere nelle regioni che hanno subito l'irradiazione, eliminando la parte di tessuto danneggiato e dando così inizio al processo di riparazione.<sup>5</sup>

Altro fenomeno importante è l'attivazione della cascata coagulativa, causata dal danno microvascolare, che porta ad un rapido deposito di fibrina.

L'esito è il deposito di collagene e la proliferazione delle cellule endoteliali. Il deposito di matrice extracellulare comporta la disfunzione patologica dei miociti, delle cellule dell'endotelio vascolare e del pericardio. Successivamente si ha un periodo di quiescenza durante il quale non si hanno evidenti modificazioni tissutali.<sup>4,5</sup>

#### • *Danno cronico*

Per quanto riguarda il danno a lungo termine, i fattori principali coinvolti consistono in una sovraesposizione di fattori proinfiammatori e di induttori di fibrosi tissutale (IL-4, IL-13 e TGF- $\beta$ ). Il TGF- $\beta$ , in particolare è un riconosciuto mediatore di attivazione fibroblastica in grado di alterare la composizio-

ne della matrice extracellulare, stimolando la deposizione di collagene e inibendo la produzione di collagenasi ed altre proteasi.

La cronica deposizione di collagene porta alla formazione di cicatrici fibrotiche in grado di ridurre la funzionalità del tessuto cardiaco.<sup>8</sup>

Un altro importante cofattore nella patogenesi della RHD cronica è lo stress ossidativo, risultante dalla produzione di radicali liberi che amplificano i processi di infiammazione, la produzione di molecole d'adesione e la degradazione dell'ossido nitrico (fattore di protezione vascolare che inibisce l'aggregazione piastrinica e la proliferazione delle cellule muscolari lisce dei vasi).

Lo stress ossidativo cronico con produzione continua di radicali liberi sommato ad uno stato proinfiammatorio persistente è inoltre un fattore predisponente allo sviluppo di patologia aterosclerotica coronarica.<sup>6</sup>

#### • *Danno coronarico*

Le alterazioni carico dei vasi di medio e grande calibro, sono simili morfologicamente a quelle che si verificano nei vasi aterosclerotici. Nei vasi di piccolo e medio calibro si manifesta fibrosi sub-endoteliale, con accumulo di collagene intercellulare nella media e accumulo di macrofagi rigonfi di lipidi (cellule schiumose) nell'intima.<sup>6</sup>

Le cellule muscolari lisce vengono sostituite da tessuto fibroso. Le arterie più grandi sono sede di placche aterosclerotiche, le quali tendono ad essere più instabili e cariche di macrofagi rispetto alle "normali" placche aterosclerotiche con maggiore rischio di ulcerazione e trombosi.<sup>6,7</sup>

#### • *Fibrosi miocardica e cardiomiopatia*

L'irradiazione del microcircolo provoca diradazione capillare e conseguente ipossia ed ischemia tissutale e danno endoteliale, con formazione di microtrombi; questi meccanismi inducono danno e morte dei cardiomiociti, sostituiti da progressiva fibrosi cicatriziale con deposito di collagene. Al danno istologico corrisponde la riduzione dell'elasticità del tessuto miocardico con aumento della rigidità ventricolare, riduzione della sua contrattilità e della distensibilità diastolica.<sup>7,8</sup>

#### • *Lesioni valvolari*

Il danno valvolare è meno caratterizzato rispetto a quello coronarico e del miocardio ed è in genere secondario al danno miocardico (alterazione della geometria del ventricolo, dilatazione dell'anello mitralico e stiramento dei muscoli papillari, con conseguente alterazione del normale meccanismo di chiusura sistolica della valvola), può associarsi un danno tessutale diretto da produzione di radicali liberi dell'ossigeno.<sup>9,10</sup>

#### • *Malattie del pericardio*

Fino al 70-90% dei pazienti trattati può mostrare, specie in fase precoce, quadro di pericardite acuta, che o può complicarsi e cronicizzarsi con ischemia e fibrosi tessutale ed evoluzione verso la pericardite costrittiva.<sup>13,14</sup>

#### • *Difetti di conduzione*

Le patologie del tessuto di conduzione sono verosimilmente secondarie al danno microvascolare del tessuto di conduzione al danno diretto provocato dalle radiazioni.<sup>8</sup>

## ► Ruolo dell'imaging nella valutazione delle RIHD

Così come avviene per la chemioterapia è necessario prendere in considerazione un follow-up cardiologico per il paziente radiotrattato per tumore toracico. Una valutazione cardiologica prima del trattamento, volta ad identificare cardiopatie note o misconosciute e fattori di rischio cardiovascolare, è ragionevole al fine di individuare condizioni che rendano il paziente a maggiore rischio. L'ecocardiogramma per la sua efficacia diagnostica, riproducibilità e innocuità appare l'esame più indicato per il follow-up morfo-funzionale. La RM può essere riservata a casi particolari di valutazione specifica di danno miocardio, come avviene peraltro nella pratica cardiologica generale.

Altre indagini (coronarotc, scintigrafia miocardica) hanno margini di impiego ridotti, anche per il loro *burden* radiologico non trascurabile.<sup>11,12</sup>

## ► Trattamento delle cardiopatie post-radioterapia

La terapia delle forme di pericardite acuta non differisce sostanzialmente da quella abituale fondata

sui farmaci antinfiammatori non steroidei (ibuprofene) e acido acetilsalicilico; si in caso di versamento pericardico con impegno emodinamico (sovente più correlato alla neoplasia che alla radioterapia) sarà necessaria la pericardiocentesi, mentre la pericardiectomia chirurgica si renderà necessaria in caso di pericardite costrittiva.

La malattia coronarica sarà affrontata con le stesse risorse impiegate in generale con la dovuta attenzione alla prognosi *quoad vitam* del paziente e all'impiego di dispositivi (stent) che richiedano il minor supporto antiaggregante, sia in termini di farmaci che di tempo di antiaggregazione doppia.<sup>6</sup>

I disturbi della conduzione atrio-ventricolare saranno trattati con impianto di pacemaker; mentre in caso di aritmie ventricolari sostenute e minacciose sarà necessario ricorrere all'impianto del defibrillatore (*Automatic Implantable Cardioverter, AICD*).

La cardiopatia più comune rimane comunque la progressiva disfunzione ventricolare sinistra, in questo caso, così come avviene per la cardiopatia da chemioterapici, potranno essere impiegate le comuni terapie per l'insufficienza cardiaca:

ACE-inibitori, alcuni inibitori recettoriali dell'angiotensina II (losartan, valsartan, candesartan), alcuni beta-bloccanti (bisoprololo, metoprololo, carvedilolo, nebivololo), diuretici e antialdosteronici.

La terapia non farmacologica con impianto di device (defibrillatore impiantabile AICD e/o *Cardiac Resynchronisation Therapy, CRT*) sarà valutata nei casi specifici.<sup>13</sup>

## ► Conclusioni

La reale prevalenza di RIHD non è ancora nota con precisione (fragmentarietà ed eterogeneità degli studi, lungo periodo di latenza tra esposizione e insorgenza della patologia cardiaca, correlazione non sempre certa; informazioni attuali basate su esposizione a tecniche radioterapiche obsolete). I progressi tecnologici hanno consentito di ridurre i campi e le dosi di irradiazione, quindi sono necessari nuovi studi per valutare le ricadute delle moderne metodiche sull'insorgenza di RIHD.

Questo è tanto più importante in quanto, nei pazienti sopravvissuti a patologia oncologica, la patologia cardiovascolare rimane la prima causa di morte non correlata al tumore.

## Bibliografia

1. Cardio-oncologia 2015 - Progetto speciale "Cardio-oncologia" 2013-2015 [www.aiom.it](http://www.aiom.it)
2. Aleman BMP, van den Belt-Dusebout AW, De Bruin ML et al. Late cardiotoxicity after treatment for Hodgkin lymphoma. *Blood* 2007; 109: 1878-86.
3. Jaworski C, Mariani JA, Wheeler G, Kaye DM. Cardiac complications of thoracic irradiation. *J Am Coll Cardiol* 2013; 61: 2319-28.
4. Darby SC, Cutter DJ, Boerma M, et al. Radiation-related heart disease: current knowledge and future prospects. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010; 76: 656-65.
5. Taunk Nk, Haffty BG, Kostis JB, Goyal S. Radiation-induced heart disease: pathologic abnormalities and putative mechanisms. *Frontiers Oncology* 2015; 5: 39.
6. Swerdlow AJ, Higgins CD, Smith P, et al. Myocardial infarction mortality risk after treatment for Hodgkin disease: a collaborative British cohort study. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99: 206-14.
7. Correa CR, Litt HI, Hwang WT, et al. Coronary artery findings after left-sided compared with right-sided radiation treatment for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25: 3031-7.
8. Yusuf SW, Sami S, Daher IN. Radiation-induced heart disease: a clinical update. *Cardiol Res Pract* 2011; 317: 659.
9. Wethal T, Lund MB, Edvardsen T et al. Valvular dysfunction and left ventricular changes in Hodgkin's lymphoma survivors. A longitudinal study. *Br J Cancer* 2009; 101: 575-81.
10. Heidenreich PA, Hancock SL, Lee BK et al. Asymptomatic cardiac disease following mediastinal irradiation. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 743-9.
11. Ng A, Constine LS, Advani R et al. ACR Appropriateness criteria: follow-up of Hodgkin's lymphoma. *Current Prob Cancer* 2010; 34: 211-27.
12. Group CsO. Long-Term follow-up guidelines for survivors of childhood, adolescent, and young adult cancers. <http://Survivorshipguidelines.org/pdf/LTFUGuidelines>
13. Piovaccari G, Carigi S, Grosseto D. La cardiopatia attinica e da chemioterapici. [www.atticentroloottainfarto.org](http://www.atticentroloottainfarto.org)
14. Gaya AM, Ashford RF. Cardiac complications of radiation therapy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2005; 17: 153-9.



# Cirrosi epatica complicata da ipertensione portale

## Valore diagnostico della semeiotica clinico-strumentale e considerazioni terapeutiche

L'insorgenza di complicanze potenzialmente fatali legate soprattutto all'ipertensione portale rende la cirrosi epatica una patologia con elevato tasso di mortalità. Gli interventi terapeutici sono volti soprattutto a migliorare la qualità di vita di questi pazienti

a cura di **Pasquale De Luca**<sup>1</sup>

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**<sup>2</sup>, **Cinzia Florio**<sup>1</sup>, **Michele Di Pumpo**<sup>1</sup>, **Matteo Conte**<sup>1</sup>, **Martino Nargiso**<sup>1</sup>, **Francesco Damone**<sup>1</sup>, **Marco Sperandeo**<sup>3</sup>, **Massimo Errico**<sup>4</sup>, **Gianluigi Vendemiale**<sup>5</sup>

Il termine cirrosi fu coniato da Laennec per indicare il colore giallo del fegato dei pazienti affetti. La cirrosi epatica è una condizione involutiva del parenchima epatico, risultato di un insulto progressivo. Il sovertimento strutturale del fegato rappresenta il fondamento patogenetico delle manifestazioni cliniche cardinali della cirrosi, conseguenti all'insufficienza funzionale dell'organo ed all'ipertensione portale. La cirrosi epatica è una delle patologie croniche più diffuse nel mondo e, nei paesi occidentali, figura tra le prime dieci cause di morte della popolazione generale. Il tasso di mortalità è

elevato, in particolare per l'insorgenza di complicanze potenzialmente fatali legate soprattutto all'ipertensione portale e, pur avendo subito un forte incremento nel secolo scorso si è ridotto lentamente dal 1990 in poi, anche in virtù delle nuove scoperte nell'ambito della prevenzione e della terapia delle epatiti virali e all'avvento del trapianto di fegato. Non meno importante è la riduzione della qualità di vita dei pazienti con epatopatia cronica o cirrosi epatica conclamata, a causa delle frequenti ospedalizzazioni legate soprattutto all'insorgenza di complicanze.

ca HCV-correlata nel 2004 durante un ricovero per insufficienza renale e ARDS con vasculite sistemica trattata con ciclofosfamide e terapia steroidea, diagnosi di cirrosi epatica dal 2006 (attualmente score Child Pugh B), varici esofagee F3 blu al terzo inferiore dell'esofago trattate con legatura un anno prima e gastropatia iperemica antrale, osteoporosi, diabete mellito di tipo 2 in terapia con metformina.

All'arrivo in Pronto Soccorso, viene posizionato un sondino nasogastrico con riscontro di materiale caffeeano. Gli esami bioumorali evidenziano: Hb 12.2 g/dl, Ht 38.9%, PLT 94.000, PT 35% e INR 1.53, fibrinogeno 2.8 g/l, AT III 79%, D-dimero 179 µg/l, funzionalità renale ed elettroliti plasmatici nella norma, AST 258 U/l, ALT 181 U/l, gamma-GT 85 U/l, indici di flogosi nei limiti della norma come pure bilirubinemia e ammoniemia. All'esame obiettivo, la paziente è

### ► Caso clinico

Una donna di 58 anni giunge in Pronto Soccorso riferendo un episodio di vomito con striatura ematica la sera precedente ed un episodio di vomito caffeeano la mattina stessa. In anamnesi patologica remota: riscontro di epatite croni-

Ospedale "T. Masselli" San Severo ASL FG

<sup>1</sup>Dirigente Medico S.C. Medicina Interna

<sup>2</sup>Dirigente Medico S.C. Cardiologia-UTIC

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

<sup>3</sup>Dirigente Medico S.C. Medicina Interna

Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli"

Acquaviva delle Fonti (BA)

<sup>4</sup>Direttore S.C. Medicina Interna

Policlinico di Foggia AOU "Ospedali Riuniti"

<sup>5</sup>Direttore Dipartimento Internistico

vigile e collaborante, orientata in senso temporo-spaziale; PA 115/70 mmHg, FC 73 bpm, SO<sub>2</sub> 97% in aria ambiente; cute e mucose pallide; al torace: basi in sede e mobili, MV fisiologico su tutto l'ambito polmonare senza rumori patologici; all'auscultazione cardiaca: toni validi e in successione ritmica, pause libere; addome globoso per presenza di versamento ascitico, trattabile, non dolorabile alla palpazione superficiale e profonda, fegato e milza palpabili all'arco costale, peristalsi presente; esame neurologico negativo.

Subito dopo il ricovero, la paziente ha manifestato un episodio di franca ematemesi; viene praticata in urgenza la seguente terapia: espansione volemica con soluzioni cristalloidi e colloidali, profilassi antibiotica con piperacillina/tazobactam, gastroprotezione con pantoprazolo, somministrazione di terlipressina, supporto trasfusionale con due unità di emazie concentrate.

Si richiede EGDS urgente, che evidenzia: gastropatia congestizia severa con segni di recente sanguinamento, varici esofagee F2 senza segni rossi e senza evidenza di sanguinamento.

La paziente si mantiene emodinamicamente stabile, al controllo dell'emocromo in prima serata l'Hb è pari a 9.4 g/dl.

In terza giornata di ricovero la paziente presenta un picco febbrile a 38°C, con aumento degli indici di flogosi (WBC 7030 → 11.900, PCR 2.9 → 106).

Si esegue ETG addome e una paracentesi esplorativa per eventuale presenza di peritonite batterica spontanea (esclusa successivamente alla negatività degli esami effettuati sul liquido ascitico) oltre che a scopo terapeutico. Si poten-

zia comunque la terapia antibiotica con introduzione di meropenem e teicoplanina.

L'Rx torace evidenzia affastellamento delle strutture parenchimali all'angolo epatocardiaco ed in retrocardiaca. La paziente verrà dimessa in ottava giornata di ricovero, in condizioni clinico-obiettive ed emodinamicamente migliorate con la seguente diagnosi: "ematemesi da gastropatia congestizia e scompenso ascitico in paziente con epatopatia cronica HCV-correlata".

#### ► Definizione ed eziologia

La cirrosi epatica è la distruzione della struttura dei lobuli e dei vasi epatici con fibrosi infiammatoria, formazione di setti connettivali e di tessuto di rigenerazione nodulare.

Dal punto di vista anatomo-patologico, possiamo distinguere: la cirrosi micronodulare caratterizzata da noduli di rigenerazione fino a 3 mm di diametro, la cirrosi macronodulare con noduli di rigenerazione da 3 mm a 3 cm di diametro ed infine la cirrosi mista che realizza un quadro misto dei due precedenti.

Le cause principali sono le seguenti: cirrosi criptogenetica (causa sconosciuta), abuso alcolico (circa 50% dei casi), epatite virale (HBV, HCV, HDV) in circa il 40% dei casi, epatite cronica attiva autoimmune, cirrosi biliare primitiva, malattie metaboliche (emocromatosi, morbo di Wilson, deficit di alfa-1-antitripsina), cirrosi cardiaca (nell'ambito di stasi epatica cronica come "cuore a corazza" o insufficienza cardiaca destra cronica), sindrome di Budd-Chiari (occlusione delle vene epatiche).

#### ► Criteri diagnostici clinico-obiettivi

I sintomi generali includono astenia, senso di oppressione e di peso nell'epigastrio, eventuale nausea, calo ponderale; possono essere inoltre presenti disturbi ormonali, quali nell'uomo perdita di peli, impotenza, atrofia testicolare, eventuale ginecomastia (che può riconoscere una causa ormonale oppure essere un effetto collaterale dello spironolattone) e nella donna disturbi mestruali.

All'esame obiettivo, la palpazione epatica evidenzia un fegato ingrossato, di consistenza duro-parenchimatosa, eventualmente con superficie bozzuta, mentre nello stadio terminale il fegato si atrofizza diventando più piccolo. Infine, sono suggestivi seppure non sempre presenti, alcuni segni cutanei: spider naevi, teleangiectasie, eritemi palmari e plantari, labbra e lingua "patinate", eventuale ittero con prurito, unghie ceree, contrattura di Dupuytren.

Le complicanze più comuni, sono ipertensione portale, encefalopatia epatica e coma epatico, epatocarcinoma.

Per la stadiazione della cirrosi epatica, viene utilizzata la classificazione di Child-Turcotte-Pugh (tabella 1).

Per quanto riguarda l'ipertensione portale in particolare, occorre premettere che il fegato è perfuso da circa 1500 cc di sangue al minuto; due terzi del flusso sono assicurati dal sistema venoso e la vena porta ha abitualmente una pressione di 4-10 mmHg. Valori superiori definiscono l'ipertensione portale, causata dall'aumento delle resistenze al flusso portale.

Eziologicamente, possiamo distin-

Tabella 1

**Stadiazione della cirrosi epatica:  
classificazione di Child-Turcotte-Pugh (CTP)**

Parametro	1 punto	2 punti	3 punti
Albuminemia	> 3,5 (g/dl)	2,8 - 3,5 (g/dl)	< 2,8 (g/dl)
Bilirubinemia	< 2 (mg/dl)	2 - 3 (mg/dl)	> 3 (mg/dl)
Quick (%)	> 70	40 - 70	< 40
Ascite (ecografia)	assente	lieve-moderata	moderata-severa
Encefalopatia	assente	grado I-II	grado III-IV

Addizione dei punti → CTP A: 5-6; CTP B: 7-9; CTP C: 10-15

guere un'ipertensione portale da ostacolato flusso ematico:

- pre-epatico, come nella trombosi della vena splenica o della vena porta;
- intra-epatico, ulteriormente classificabile in presinusoidale (come si verifica nella bilharziosi o schistosomiasi nei Paesi tropicali, nelle malattie mieloproliferative, in caso di metastasi epatiche), sinusoidale (come nella cirrosi epatica che costituisce il 75% dei casi con ipertensione portale) e post-sinusoidale (come nelle affezioni veno-occlusive e nella epatopatia alcolica);
- post-epatico (come nella sindrome di Budd-Chiari che determina occlusione delle vene sovraepatiche, nello scompenso cardiaco destro, nella pericardite costrittiva).

Dal punto di vista fisiopatologico, l'ipertensione portale è parte integrante di molteplici alterazioni emodinamiche tipiche della cirrosi, caratterizzate dall'aumento delle resistenze intraepatiche e da ridotte resistenze arteriolari nel distretto splanchnico. Queste alterazioni determinano un incremento del flusso portale, elevata gittata cardiaca e ridotte resisten-

ze sistemiche che a loro volta causano ritenzione di sodio, ascite, ipervolemia e sindrome iperdinamica. L'ipertensione portale può inoltre provocare sanguinamenti del tratto gastroenterico superiore a causa della gastropatia congestizia o per rottura di varici gastro-esofagee.

L'ipertensione portale predispone infine alla ritenzione idrosalina, che si può manifestare clinicamente con edemi declivi, versamento ascitico e idrotorace, formazione di circoli collaterali (c.c.) dal sistema venoso portale a quello della cava (in particolare, i principali c.c. in caso di ipertensione portale sono: i c.c. porto-gastroesofageo con conseguenti varici esofagee del fondo; i c.c. ombelicali tra le vene paraombelicali e le vene epigastriche con conseguente "caput medusae", visibile solo in caso di vena ombelicale aperta; i c.c. mesenterico-emorroidali con conseguenti emorroidi; i c.c. gastro-freno-surrenali).

L'ipertensione portale può essere clinicamente sospettata già durante l'esame obiettivo in base al rilievo di circoli collaterali sottocutanei, di splenomegalia congestizia e di ascite. L'accumulo di liqui-

do ascitico infatti determina distensione addominale e aumento della circonferenza addominale, per cui all'ispezione l'addome assume un aspetto cosiddetto "battraciano" (figura 1) perché ricorda la svasatura laterale dell'addome di rana (figura 1a); inoltre, la presenza di elevati volumi di liquido solleva il diaframma causando dispnea, per cui la frequenza respiratoria aumenta e il soggetto assume una posizione semiortopnoica (posizione di Fowler) per alleviare la dispnea. La percussione addominale può permettere di identificare la presenza di un versamento libero addominale per volumi superiori a 500 ml e il segno del fiotto rappresenta un ulteriore valido complemento semeiologico per la diagnosi. Altri segni suggestivi per la diagnosi sono l'irregolarità e consistenza aumentata del margine epatico, la presenza di spider naevi, di eritema palmare e plantare, di edemi declivi, di versamento

Figura 1

**Addome batraciano (A)  
battrachos (rana) (B)**



pleurico e di encefalopatia.

Le complicanze più frequenti dell'ascite, sono rappresentate da:

- peritonite batterica spontanea (generalmente da *Escherichia coli*, *Klebsiella* e *Streptococcus pneumoniae*) che si manifesta con febbre e dolori addominali (l'isolamento del germe va effettuato dal liquido ascitico) ed è dovuta alla bassa concentrazione di proteine e alla compromessa attività opsonizzante del liquido ascitico;
- sindrome epato-renale che si manifesta come oliguria in caso di cirrosi scompensata e in assenza di malattia renale primitiva (fattori scatenanti sono l'ipovolemia da emorragia, la paracentesi, la terapia diuretica aggressiva).

#### ► Diagnostica di laboratorio e tecniche di imaging

Occorre anzitutto la valutazione degli indici di diminuita capacità di sintesi epatica: CHE diminuita, diminuzione del tempo di Quick (tempo di protrombina), antitrombina III diminuita, albuminemia diminuita, aumento policlonale delle Ig (in particolare aumento delle IgA nella cirrosi alcolica, aumento delle IgG nella cirrosi autoimmune e criptogenetica, aumento IgM nella cirrosi biliare primitiva), leuco-piastriropenia secondaria a sequestro splenico.

Nell'encefalopatia epatica compaiono ammoniemia aumentata ed eventuale alcalosi respiratoria da iperventilazione.

Importante è anche l'aumento enzimatico indice di necrosi delle cellule epatiche: GOT, GPT, LDH, gamma-GT.

Nella cirrosi biliare primitiva e nell'epatite colestatica vi è au-

mento degli enzimi indicatori di colestasi (fosfatasi alcalina, gamma-GT) ed eventualmente della bilirubina.

Il riscontro di leuco-piastriropenia e anemia (secondari a sequestro splenico) o di ipergammaglobulinemia policlonale, può suggerire la diagnosi di ipertensione portale.

Utile infine è la diagnostica virologica con i markers dell'epatite.

Sono indicate per lo studio della morfologia epatica l'ecografia e la TC, completate dall'esame istologico di ogni lesione sospetta.

L'ecografia (figura 2), in particolare serve per la dimostrazione della splenomegalia e la conferma dell'ascite, già rilevabili peraltro ad un accurato esame obiettivo (v. infra).

Dopo l'identificazione del versamento ascitico, è sempre opportuno eseguire una paracentesi esplorativa per accertare i caratteri dell'ascite e la definizione eziologica. Sull'ascite bisogna ef-

fettuare un esame chimico-fisico (per la valutazione del contenuto di proteine totali e di albumina, dell'LDH, del peso specifico), batteriologico e citologico (per la ricerca di leucociti, eritrociti ed eventuali cellule tumorali).

L'EGDS (esofagogastroduodenoscopia) dimostra la presenza delle varici gastroesofagee e la gastropatia ipertensiva.

Color-doppler-ecografia, angi-RMN e TC-spirale servono per la dimostrazione di circoli collaterali.

#### ► Approccio terapeutico

È fondamentale anzitutto l'eliminazione assoluta dell'alcool e di tutti i farmaci potenzialmente epatotossici, quindi il trattamento della malattia di base e delle complicanze.

#### ► Trattamento dell'ascite

Per il trattamento dell'ascite, occorre la restrizione del sodio ed eventuale apporto di potassio (sospendere i FANS perché favoriscono la ritenzione di acqua e sodio); la restrizione del sale va continuata finché non migliora la capacità renale di eliminare spontaneamente il sodio. La restrizione idrica non è necessaria; se si verifica iponatriemia da diluizione ( $Na < 125$  mmol/l), la restrizione di liquidi a 1000-1500 ml/die è di solito sufficiente. La terapia diuretica può essere iniziata insieme alla restrizione di sale. L'obiettivo della terapia diuretica è di provocare una perdita di peso quotidiana non superiore a 1 kg nei pazienti edematosi e di 0.5 kg circa nei pazienti senza edema, fino a raggiungere un controllo adegua-

Figura 2

#### Aspetto ecografico della cirrosi scompensata con ascite

*Fegato piccolo con superficie diseguale rialzata*



RE LL: lobo epatico dx; GB: colecisti; Aszites: ascite

to del versamento ascitico. I diuretici non dovrebbero essere somministrati ai soggetti che hanno un livello di creatinina in progressivo aumento. Lo spironolattone (antagonista dell'aldosterone) è il diuretico di scelta; l'iperkaliemia e la ginecomastia sono gli effetti collaterali più comuni. I diuretici dell'ansa (es. furosemide) possono essere aggiunti alla terapia quando una dose di spironolattone di 200 mg non è stata in grado di ottenere una diuresi soddisfacente (cioè quando la sodiuria non aumenta e non vi è calo ponderale); l'associazione tiazidico e diuretico dell'ansa determina un aumento della diuresi.

I pazienti che ricevono questi farmaci dovrebbero essere osservati attentamente per l'insorgenza di eventuali segni di disidratazione, alterazioni elettrolitiche, encefalopatia, crampi muscolari e insufficienza renale.

La paracentesi dovrebbe essere eseguita a scopo diagnostico (per esempio ascite di nuova insorgenza, sospetto di ascite neoplastica, peritonite batterica spontanea) o come manovra terapeutica quando un'ascite tesa causa un significativo malessere o una compromissione respiratoria. L'emorragia e la perforazione intestinale sono possibili complicanze. Raramente, la rapida deplezione, con la paracentesi, di una grande quantità di liquidi può portare a collasso circolatorio, encefalopatia o insufficienza renale. La concomitante somministrazione di colloidi (5-8 g di albumina/l di ascite rimossa) riduce al minimo queste complicanze.

Il trattamento della peritonite bat-

terica spontanea si avvale dell'uso di un antibiotico ad ampio spettro (dopo prelievo del liquido ascitico e del sangue per colture e antibiogramma) per esempio, cefotaxime e acido clavulanico. La norfloxacina riduce il ripetersi degli episodi di peritonite batterica spontanea, ma non migliora la sopravvivenza.

### ► Il trattamento del sanguinamento delle varici esofagee

Il trattamento del sanguinamento delle varici esofagee prevede:

- la stabilizzazione della circolazione attraverso il ripristino della volemia con plasma fresco congelato, sino a raggiungere un valore di Hb di circa 10 g/dl.
- l'emostasi che può essere endoscopica, per esempio mediante sclerotizzazione delle varici oppure legatura con anello di gomma. Altra modalità di emostasi è la riduzione farmacologica della pressione portale attraverso l'utilizzo di somatostatina o suoi analoghi (octreotide) oppure di terlipressina. L'emostasi attraverso tamponamento con palloncino, prevede il posizionamento della sonda di Sengstaken-Blakemore: il tamponamento con palloncino ha un ruolo molto limitato nel trattamento dell'emorragia da varici, si dovrebbe utilizzare temporaneamente per stabilizzare il sanguinamento nelle situazioni in cui non è disponibile una cura definitiva; in ogni caso, dovrebbero essere effettuate l'infusione di octreotide e la terapia endoscopica prima del posizionamento. Altra possibilità terapeutica infine include il posizionamento transgiugulare di uno stent porto-cavale intraepatico

(SPIT): si tratta di una procedura di radiologia interventistica in cui uno stent metallico espandibile viene posizionato tra le vene epatiche e la vena porta per ridurre la pressione portale. Le indicazioni sono l'emorragia che non risponde alla legatura o alla scleroterapia e l'emorragia intrattabile.

- la gestione del coma epatico, attraverso aspirazione del contenuto ematico gastrico e lavaggio intestinale (sondino nasogastrico), restrizione proteica e somministrazione di soluzioni ev di aminoacidi ramificati, lattulosio per os o per clistere, soppressione della flora intestinale che forma ammoniaca con la somministrazione di antibiotici come la rifaximina o anche il metronidazolo.
- la profilassi dell'emorragia da varice, utilizzando betabloccanti non selettivi (es. propranololo, nadololo).

Occorre considerare infine il trapianto epatico nell'insufficienza epatica terminale.

#### Letture di approfondimento

- De Luca P. "Medicina Clinica" - Enea Edizioni 2016.
- Gasbarrini G. "Trattato di Medicina Interna" - Verduci Editore 2011.
- Goldman-Cecil "Medicina Interna" - Edra Edizioni 2017.
- Harrison "Principi di Medicina Interna" - Casa Editrice Ambrosiana 2017.
- Nuti R., Caniggia A. "Metodologia Clinica" - Minerva Medica 2002.
- Papadakis M.A. et Al. "Current Medical Diagnosis & Treatment" - Piccin 2015.
- Rugarli C. "Medicina Interna Sistemática" - Edra Masson Edizioni 2015.
- Siegenthaler W. "Diagnosi differenziale" - UTET 2010.

# Poliartrite subacuta edematosa benigna

Le malattie reumatiche nell'anziano sono rappresentate da un gruppo di patologie nelle quali sono comprese sia affezioni che si riscontrano in altre età della vita, con delle peculiarità dovute alla differente reattività immunologica, sia affezioni tipiche dell'età senile, di tipo degenerativo, come l'artrosi e l'osteoporosi e di tipo infiammatorio come la polimialgia reumatica e la poliartrite subacuta edematosa benigna dell'anziano

**Carmine Luongo**

Medico di famiglia - Reumatologo, Formia (LT)

Il caso descritto di seguito riguarda un paziente di sesso maschile di anni 91 giunto alla mia osservazione per l'insorgenza di artralgie ad ambedue le mani accompagnate da edema bilaterale del dorso delle mani.

## ► Inquadramento clinico

Oltre alla sintomatologia dolorosa, il paziente riferisce lieve rialzo febbrile, facile stancabilità, astenia e un lento e graduale calo ponderale.

All'esame clinico si evidenzia edema delle mani interessante anche il polso bilateralmente con atteggiamento in flessione delle dita (figura 1).

Un lieve edema è presente anche ai piedi e alle caviglie.

Negativo, tranne che per la presenza di segni di artrosi, risulta l'esame radiografico delle mani.

Per quanto riguarda gli esami ematochimici si rileva un aumento degli indici di infiammazione (VES, PCR) e un lieve incremento del numero dei globuli bianchi e del valore della beta2 microglobulina.

## ► Diagnosi e terapia

L'insieme di questi reperti suggerisce la diagnosi di poliartrite subacuta edematosa benigna dell'anziano o RS3PE (*Remitting Seronegative Symmetric Synovitis Pitting Edem*).

Per tale motivo viene intrapresa una terapia con piccole dosi di corticosteroidi a rilascio modificato e somministrazione serale che determina un graduale miglioramento sia della sintomatologia locale che generale.

## ► Conclusioni

La sindrome RS3PE rappresenta una malattia tipica della terza età. Le caratteristiche tipiche sono l'edema del dorso delle mani bilaterale e simmetrico con sinovite dei tendini flessori delle dita che ne determinano il tipico atteggiamento.

Gli esami ematochimici sono scarsamente positivi così come gli esami radiografici.

Per quanto riguarda la terapia sono sufficienti basse dosi di corticosteroidi. In questo caso in particolare è stato consigliato prednisone a rilascio modificato con somministrazione serale, che ha determinato miglioramento e quasi scomparsa della sintomatologia locale e generale senza effetti collaterali considerando anche l'età del paziente. La prognosi è benigna con possibilità di risoluzione autonoma della sintomatologia.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla eventuale associazione con malattie neoplastiche non ancora clinicamente evidenti.

**Figura 1**

**Edema delle mani nel paziente esaminato**



# Omeopatia dopo la mastectomia

Il medicinale omeopatico Arnica montana 1000 K potrebbe ridurre il sanguinamento e il drenaggio sierico post-operatorio nella mastectomia: lo segnala uno studio italiano

**S**ieroma e sanguinamento sono tra le complicanze post-operative più frequenti in seguito a un intervento chirurgico per il carcinoma della mammella. Il primo rappresenta un accumulo di liquidi, che tende a essere riassorbito nel tempo ma che, per il disagio causato, viene spesso aspirato, anche più volte. Il sanguinamento, invece, è un fattore critico di rischio che può causare alla pazienti un tale discomfort da richiedere un ulteriore intervento chirurgico e, in alcuni casi, trasfusioni di sangue.

## ► Studio italiano

Uno studio randomizzato, in doppio cieco vs placebo, ha valutato il ruolo del medicinale omeopatico Arnica montana nella riduzione del sanguinamento e del drenaggio sierico post-operatorio, a seguito di una mastectomia totale unilaterale, è stato recentemente pubblicato su *J Intercult Ethnopharmacol*.

Lo studio, durato dal 2012 al 2014, è stato realizzato presso la Breast Unit dell'ospedale Luigi Sacco di Milano e

ha coinvolto 53 pazienti oncologiche sottoposte a mastectomia totale unilaterale, con o senza ricostruzione.

Nello studio sono state inclusi soggetti di sesso femminile (età tra 20 e 75 anni) sottoposti a un trattamento standard che prevedeva profilassi antibiotica con cefazolina, profilassi antitrombotica con eparina, terapia analgesica con paracetamolo ed eventualmente tramadolo se richiesto.

Alle pazienti è stato somministrato il medicinale omeopatico Arnica montana 1000k o il placebo, 3 volte al giorno, a partire dal giorno antecedente l'operazione fino al quarto giorno dopo l'intervento (totale 6 giorni).

Al termine dell'intervento chirurgico e, successivamente, ogni 12 ore fino al 5 giorno, conclusivo dello studio, è stata monitorata la quantità di sangue e siero raccolto attraverso i drenaggi.

L'analisi per protocol ha evidenziato come le differenze tra i volumi raccolti il giorno 1 e quelli raccolti nei giorni successivi mostrassero una differenza stabilmente più bassa nel gruppo di Arnica montana rispetto al placebo (differenza

statisticamente significativa). Queste differenze erano significativamente differenti tra i due gruppi di trattamento al giorno 2 sia nel modello univariato ( $p=0.034$ ) che nel modello che teneva in considerazione il trattamento e il volume raccolto ( $p=0.033$ ) e al giorno 3 solo nell'ultimo modello statistico ( $p=0.0223$ ). La differenza al giorno 4 e 5 tra i due trattamenti non era statisticamente significativa. Generalmente, l'analisi per-protocol ha rivelato un più basso volume di sangue e siero raccolto tramite il drenaggio nel gruppo trattato con Arnica montana rispetto a quello trattato con placebo (-94.40 ml; 95% confidence interval [CI]: 22.48-211.28;  $P = 0.11$ ). Una differenza statisticamente significativa in favore di Arnica montana emerge nel modello 3 applicato all'analisi PP, dove le stime sono anche state aggiustate per il volume raccolto dal drenaggio al giorno 1 e al peso del paziente (-106.28 ml; 95% CI: 9.45-203.11;  $P = 0.03$ ). Secondo le conclusioni degli autori dello studio, il medicinale omeopatico Arnica montana 1000 K potrebbe ridurre il sanguinamento e il drenaggio sierico post-operatorio nelle pazienti oncologiche sottoposte a mastectomia totale unilaterale. I ricercatori sono concordi nel sostenere la necessità di ulteriori studi, che utilizzino diluizioni differenti di Arnica, per validare ulteriormente questa acquisizione.

## Eccellenza italiana dalla parte delle pazienti

La struttura di Senologia dell'Ospedale Sacco di Milano svolge attività di diagnosi e prevenzione, terapia chirurgica e medica, follow-up e counselling genetico delle pazienti affette da patologia mammaria. Le pazienti ricevono l'esito dell'esame citologico dopo solo 3 ore dalla procedura, unico caso nel SSR. L'analisi del linfonodo sentinella è sempre intraoperatoria, e il chirurgo plastico è sempre disponibile nelle sedute operatorie. A completamento del percorso di cura, sono messi a disposizione delle pazienti vari servizi complementari, tra cui cure omeopatiche a supporto dei trattamenti oncologici tradizionali, supporto psico-oncologico dedicato, dietista specialista nelle problematiche alimentari in corso di terapia adiuvante, corsi di make-up e scelta della parrucca. Per quanto riguarda le terapie omeopatiche a supporto dei trattamenti oncologici, si tratta di un servizio rivolto alle donne operate di carcinoma alla mammella, che possono così ricevere rimedi omeopatici per alleviare gli effetti collaterali indotti dalle cure.

► [www.asst-fbf-sacco.it/reperti-e-servizi/info/senologia-chirurgica](http://www.asst-fbf-sacco.it/reperti-e-servizi/info/senologia-chirurgica)

## Bibliografia

- Sorrentino L, Piraneo S, Riggio E, Basilicò S, Sartani A, Bossi D, Corsi F. Is there a role for homeopathy in breast cancer surgery? A first randomized clinical trial on treatment with Arnica montana to reduce post-operative seroma and bleeding in patients undergoing total mastectomy. *J Intercult Ethnopharmacol* 2017; 6:1-8.

# Rapporto sull'obesità in Italia

Il nuovo rapporto sull'Obesità in Italia dell'Istituto Auxologico Italiano sottolinea la natura complessa e multifattoriale dell'obesità, indagando nuovi aspetti quali la qualità e la durata del sonno

**U**n volume ricco di dati, ricerche cliniche e scientifiche, questo nuovo *Rapporto sull'obesità in Italia. Obesità e sonno: dalla patogenesi alla terapia*, curato da ventidue tra specialisti dell'Auxologico e ricercatori Istat. Si parte da un dato positivo. L'Italia sembra in una condizione meno difficile rispetto a molti Paesi europei dove il fenomeno è decisamente più marcato. I dati italiani indicano un 10.8% di obesi e un 34.1% di persone in sovrappeso, ma i numeri restano notevoli e configurano la presenza di un'ampia realtà di pazienti cronici, il cui trattamento peserà tanto più quanto maggiormente ridotta rischia di diventare la spesa in prevenzione. Nel tempo però permangono le differenze che penalizzano il Sud del paese, e non si attenuano le disuguaglianze sociali, a scapito delle persone socialmente più svantaggiate. Un aspetto critico del fenomeno nel nostro paese riguarda la diffusione dell'eccesso di peso tra bambini e adolescenti che è tra i livelli più alti in Europa. L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni, dove si attesta al 34,2%.

## ► Obesità e sonno

L'ottavo Rapporto sull'obesità in Italia dedica la parte di approfondimento clinico al tema "Obesità e sonno: dalla patogenesi alla tera-

pia". Il razionale di questa scelta risiede nel fatto che lo studio dei disturbi respiratori legati al sonno ha aperto nuove prospettive per meglio comprendere la fisiopatologia e la clinica di molte complicanze respiratorie, metaboliche e CV del paziente obeso. È evidente sia dall'esperienza clinica e di ricerca dei medici dell'Auxologico, sia dai numerosi dati di letteratura, che se da un lato le alterazioni del sonno sono in grado di influenzare molti dei meccanismi alla base dell'obesità, dall'altro un eccessivo peso corporeo altera la quantità e la qualità del sonno e i disturbi del sonno complicano il decorso clinico dell'obesità e ne ostacolano cure e riabilitazione. Il Rapporto esplora questo circolo vizioso tra obesità e disturbi del sonno, ne discute i meccanismi patogenetici e ne descrive le scelte terapeutiche, fornendo riferimenti anche alle differenze di genere e alle peculiarità del problema nelle diverse epoche della vita.

"Si stima che la OSAS sia presente nel 41% dei soggetti sovrappeso e nel 78% dei gravemente obesi, seguono le apnee centrali nel sonno e la cosiddetta obesità-ipoventilazione - chiarisce **Massimo Scacchi**, Responsabile UO Medicina Generale ad indirizzo Endocrino-Metabolico dell'Ospedale San Giuseppe IRCCS di Oggebbio-Piancavallo (VB).

"La frequenza degli episodi apneici o ipopneici (significativa riduzione,

senza però cessazione, del flusso aereo) nell'unità di tempo definisce la gravità dell'OSAS, attraverso un indice specifico noto con la sigla AHI (apnea-hypopnea index). La sindrome obesità-ipoventilazione, consiste in una insufficienza respiratoria caratterizzata da ipossiemia e ipercapnia diurna, tale da determinare addormentamenti nel corso del giorno; circa il 90% dei pazienti da tale sindrome presenta anche OSAS".

Ma curando l'obesità migliora anche il sonno? E viceversa?

"Il calo ponderale ha influsso favorevole sulla storia clinica dell'OSAS: è stato stimato che una riduzione del 10% del peso corporeo determina un miglioramento del 26% dell'AHI. Il calo ponderale comporta inoltre un miglioramento dell'emogasanalisi arteriosa e dei disordini del sonno nei pazienti affetti da sindrome obesità-ipoventilazione. L'esercizio fisico sembra avere un effetto benefico sul sonno (riduzione dell'AHI e della sonnolenza diurna) anche indipendentemente dal calo ponderale, attraverso meccanismi non ancora pienamente spiegati".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Massimo Scacchi