

# M.D.

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

Anno XXV, numero 6 - settembre 2018

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

## IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Carenza medici di famiglia:  
cosa è stato fatto  
e cosa c'è da fare**

PROFESSIONE

8

**I medici hanno bisogno  
di una maggiore  
dignità digitale**

RASSEGNA

32

**Nascita pretermine  
e rischio cardiovascolare**



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



**Caterina Ermio**

*Presidente Associazione Italiana Donne Medico*

**Donne medico in cammino  
verso la medicina globale**

# M.D.

MEDICINAE DOCTOR

## M.D. Medicinae Doctor

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

## Direttore Responsabile

Dario Passoni

## Comitato di Consulenza di M.D.

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

## Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

## Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

## Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

## Passoni Editore s.r.l.

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

## Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Donne medico in cammino verso la medicina globale ..... 5
- **Focus on**  
Carenza medici di famiglia: cosa è stato fatto e cosa c'è da fare ..... 6  
Ridurre il corso di formazione dei Mmg? Il SIMeG dice no ..... 7
- **Professione**  
I medici hanno bisogno di una maggiore dignità digitale ..... 8
- **Esperienze**  
Crollo del ponte Morandi: la professione fa quadrato ..... 9
- **Riflettori**  
Lo stato di salute del nostro Servizio Sanitario Nazionale ..... 10
- **Appunti**  
Medicina Generale: non solo carenza di programmazione, ma di vocazione ..... 12
- **Pensieri**  
Una giornata "normale" tra visite, sigle, telefonate e riunioni ..... 15
- **Italia sanità**
  - Long-Term Care, siamo il fanalino di coda in Europa ..... 16
  - Sempre più contrasti sulle scelte sanitarie della Regione Piemonte ..... 17
- **Cronaca**  
Il Sindacato dei Medici Italiani fuori dai tavoli di contrattazione ..... 18

## AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
  - European Society of Cardiology: highlights dal congresso 2018 ..... 20
  - Nuova indicazione per rivaroxaban in prevenzione cardiovascolare ..... 21
- **Endocrinologia**  
Ipovitaminosi D: una consensus per definire i livelli soglia ..... 22
- **Medicina interna**  
Supplementazione di potassio in condizioni cliniche particolari ..... 23
- **Nutrizione clinica**  
Gut microbiota: un nuovo target terapeutico? ..... 24
- **Pneumologia**  
Cessazione dell'abitudine tabagica e riduzione della PCR ..... 26

## CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**  
La settimana di un medico di famiglia ..... 30
- **Rassegna**  
Nascita pretermine e rischio cardiovascolare ..... 32
- **Pratica medica**  
Un insolito caso di infezione acuta da HBV ..... 34
- **Terapia**  
Trattamento della nevralgia del trigemino ..... 36
- **Trial**  
Dieta mima digiuno: longevità e rigenerazione multisistemica ..... 38
- **Counselling**  
Il primato della compassione ..... 42
- **Osservatorio**  
Tosse persistente, un fenomeno in aumento ..... 45
- **Monitor**  
Progetto Valore in Prevenzione: come ottimizzare le politiche vaccinali in Italia ..... 46

# Donne medico in cammino verso la medicina globale

/// Osservare la persona e non più la malattia - sottolinea a *M.D. Medicinae Doctor* **Caterina Ermio**, neurologa e presidente dell'Associazione Italiana Donne Medico (Aidm) - è un concetto fondamentale per chi si occupa da molti anni di medicina di genere. L'approccio globale, ai pazienti che incontriamo, è ciò a cui tendiamo nell'esercizio della nostra professione di medico. Non è affatto un caso, quindi, che la nostra Associazione ad aprile 2018 abbia organizzato il congresso nazionale scegliendo come tematica le cronicità, ponendo l'attenzione sull'approccio multidisciplinare di cui queste patologie hanno bisogno e sulla differenza di genere".

Nell'approccio alle cronicità l'Aidm è avvantaggiata, è una associazione a componente polispecialistica che vanta la presenza di Mmg, specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri di varie branche della Medicina.

"Mantenere in salute il più possibile le persone in modo che alcune 'predisposizioni patologiche', non diventino cronicità - precisa la dottoressa Ermio - è un obiettivo non solo medico. Le cronicità rappresentano la voce di spesa maggiore per i sistemi sanitari nazionali come ben testimonia la stessa messa a punto del Piano Nazionale delle Cronicità da parte del Ministero della Salute".

"L'allungamento degli anni di vita - continua - non corrisponde affatto con gli anni vissuti in salute, e questo vale soprattutto per le donne che vivono cinque anni in più degli uomini, ma con molteplici patologie croniche spesso invalidanti. È necessario che tutta la diagnostica della prevenzione sia organizzata per genere, il genere diventa l'elemento fondamentale per il cambiamento a cui legare la prevenzione e quindi la salute". In un tale contesto la prevenzione primaria acquista sempre più importanza ed è propedeutica a poter applicare un approccio integrato e globale al paziente. "L'intervento del Mmg è fondamentale - tiene a precisare la dottoressa - proprio per il contatto costante e fiduciario che ha con i propri assistiti".

"La prevenzione e il controllo delle malattie croniche avviene, in primo luogo, attraverso la riduzione dei fattori di rischio comuni e modificabili. Non dobbiamo dimenticare - conclude la dottoressa Ermio - che tali patologie sono anche il riflesso delle principali forze che trascinano i cambiamenti sociali, economici e culturali come la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Caterina Ermio

# Carenza medici di famiglia: cosa è stato fatto e cosa c'è da fare

Le iniziative intraprese dal governo e dal Ministero della Salute per affrontare tale problematica sono state valutate positivamente dai rappresentanti della professione. Vista la situazione emergenziale c'è bisogno di dare risposte a breve termine, ma per potere avere degli effetti sul lungo periodo è necessaria una revisione di sistema che riconsideri il Ssn e l'iter formativo dei medici

**S**embrano essere andati a buon fine gli incontri con i sindacati medici in vista degli interventi annunciati dal ministro **Giulia Grillo** per la gestione della carenza di medici nelle strutture sanitarie pubbliche. Un altro ciclo di incontri sarà definito al più presto. Per affrontare la questione dati alla mano, il 23 agosto il ministero della Salute ha inoltrato a Regioni e Province autonome la richiesta di una urgente ricognizione di dati e parametri aggiornati sul personale sanitario, per la definizione delle contromisure utili a contrastare la carenza di medici. Nel dettaglio, le Regioni sono state invitate a fornire le cifre relative alla copertura degli organici dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, specificando altresì il numero e la tipologia di specialisti carenti e il numero di medici che, pur non avendo avuto accesso alla specializzazione, oggi garantisce di fatto e per necessità operativa l'erogazione delle prestazioni nel Ssn. La richiesta è arrivata a seguito dell'intesa Stato Regioni dello scorso 1 agosto sulla proposta di riparto delle quote vincolate per gli obiettivi di Piano 2018, nell'ambito della quale sono state accantonati 40 milioni per finanziare ulteriori 860 borse di

studio annue per i medici di medicina generale nel triennio 2018-2021 e 58 ulteriori contratti annuali destinati alle specializzazioni mediche. Una decisione che ha portato a riformulare i bandi di concorso per l'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, in modo tale da potervi includere le borse aggiuntive, facendo slittare la prova prevista per il 25 settembre.

## ► Il nodo della formazione

L'aumento delle borse di studio in medicina generale è un punto focale perché, come ha sottolineato a più riprese il leader della Fimmg **Silvestro Scotti** "A mancare non sono i laureati in medicina, ma le borse disponibili per essere formati". "Per convenzione - ha spiegato - si è stabilito che ci dovrebbe essere un Mmg ogni mille abitanti. Ciascuna Regione in base alle previsioni dei flussi di popolazione determina il fabbisogno di nuovi camici bianchi e lo comunica al Ministero che, stando ai dati ricevuti, stabilisce le borse di studio per il corso di medicina. Ma quasi tutte le Regioni non hanno mai modificato il loro fabbisogno". Il segretario Fimmg porta l'esempio della Lom-

bardia: "l'anno scorso la Regione ha chiesto 20 posti in più, ma per anni ne ha indicati solo 80. È possibile che la Lombardia, regione più popolosa d'Italia, preveda lo stesso ricambio di medici della Campania? Non c'è una carenza di medici in termini complessivi. Ogni anno abbiamo 8-9.000 laureati in medicina. A fronte di questi numeri, lo Stato eroga 6.000 borse per i corsi di formazione per specialisti e circa 1.000 per la medicina generale. Restano quindi fuori 2.000 colleghi che non hanno la possibilità né di lavorare in ospedale né di diventare medici di famiglia, ma solo fare delle sostituzioni. Per ora, assistiamo a un paradosso: i medici ci sarebbero ma, mancando le coperture economiche, lasciamo giovani colleghi a spasso e importiamo professionisti da altri Paesi dell'Ue che hanno frequentato corsi di formazione riconosciuti da noi". Il presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli** - ha sottolineato che per dare una risposta immediata alle gravi carenze di personale sarebbe opportuno individuare strumenti normativi che consentano di avvalersi, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, degli specializzandi dell'ultimo anno, an-

che negli ospedali di insegnamento. Anelli auspica ad una modifica dei contratti di formazione lavoro dei medici specializzandi e della medicina generale, in modo da consentire un miglior utilizzo dei medici in formazione nei processi assistenziali, riducendone le in-

compatibilità e rivedendo l'equiparazione del trattamento tributario. Un'ipotesi che trova il consenso della maggior parte dei sindacati medici. In particolare per quanto concerne i medici di medicina generale la Federazione dei Medici suggerisce l'idea di ridurre di un

anno il corso dei medici di famiglia con la frequenza in studi di medicina generale. C'è poi da non sottovalutare il problema dei numerosi medici precari che attualmente consentono al Servizio Sanitario Nazionale di poter garantire la tutela della salute dei cittadini.

## Ridurre il corso di formazione dei Mmg? Il SIMeG dice no

Il Segretariato Italiano Giovani Medici - Dipartimento di Medicina Generale (SIMeG) prende le distanze dalla posizione espressa dal Presidente della FNOMCeO Filippo Anelli, ritenendola anacronistica e non appropriata rispetto alle criticità attuali e alle prospettive future relative ai temi della carenza di medici specialisti e di medicina generale e della "formazione post laurea".

"La FNOMCeO - ha specificato SIMeG in una nota stampa - ha chiesto che sia pienamente applicata la norma che consente di ridurre per un tempo massimo di un anno il corso di formazione specifica della medicina generale, ai sensi del comma 2 bis art. 24 del D.Lvo 368/99, condividendo con il Ministero della Salute la necessità di dare piena attuazione alle direttive comunitarie. In altre parole, la frequenza espletata presso strutture della medicina generale, come ad esempio uno studio di medicina generale, o in altri ambiti che dispongano di attrezzature e di servizi di medicina generale o centri in cui i medici dispensano cure primarie, andrebbero a ridurre il tempo di formazione post laurea in MG per

un periodo massimo di un anno, diminuendo conseguentemente il costo della formazione stessa e permettendo così di aumentare il numero delle borse".

A tale riguardo il SIMeG tiene a ribadire quanto espresso nel documento presentato in occasione dell'incontro tenutosi a fine agosto presso il Ministero della Salute. In particolare, riguardo a quanto richiesto per la medicina generale:

- la valorizzazione formativa ed economica del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (FSMG);
- l'evoluzione accademica dell'attuale Corso di FSMG con l'istituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie.

"Ne consegue che la proposta avanzata dal Presidente Anelli - hanno specificato i rappresentanti SIMeG - riguardo la riduzione per un tempo massimo di un anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, non possa rispondere in maniera adeguata alla carenza dei Mmg che sembra prospettarsi. Riteniamo, piuttosto che la questione relativa alla carenza di medici specialisti e di medicina ge-

nerale debba essere affrontata attraverso un'attenta programmazione che tenga conto del fabbisogno reale e che non vada a scapito della qualità della formazione, che costituisce un aspetto imprescindibile per la crescita e la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale e che risulterebbe seriamente inficiata dalla riduzione degli anni in cui è strutturato il Corso di FSMG. La carenza di personale prospettata è soggetta a forte variabilità regionale e deve essere oggetto di una lucida pianificazione piuttosto che di soluzioni tampone provvisorie e non risolutive".

Per SIMeG i compiti del medico di medicina generale richiedono un'adeguata formazione e lo sviluppo di competenze che comprendono:

- corretta gestione delle cronicità;
- organizzazione dei servizi territoriali;
- individuazione dei bisogni di salute;
- comunicazione e counseling.

"Tali competenze - sottolineano - devono essere acquisite in virtù di un percorso professionalizzante guidato da tutor esperti. Pertanto, riteniamo necessario implementare la qualità del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale piuttosto che ridurre la durata, al fine di sviluppare pienamente le potenzialità della nostra branca per il bene del Servizio Sanitario Nazionale".

# I medici hanno bisogno di una maggiore dignità digitale

“Non c’è certezza sulla sicurezza della condivisione dei dati sanitari e i medici hanno bisogno di una maggiore dignità digitale”. Ad affermarlo è Francesco Del Zotti, medico di famiglia di Verona e membro del gruppo di lavoro FNOMCeO sull’Information Communication Technology

Quanto accaduto di recente a Treviso, dove un paziente si è visto rifiutare la stipula di un’assicurazione sulla vita perché la compagnia era a conoscenza dei suoi problemi di salute, ha riportato alla ribalta un problema mai sopito, inerente al rischio sicurezza relativo alla condivisione dei dati sanitari dei pazienti, in particolare quelli relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). La Regione Veneto è ancora in fase di implementazione del FSE, ma i numeri di adesione e di utilizzo sono in continua crescita. “È positiva questa disposizione dei medici veneti verso le novità telematiche - sottolinea a *M.D. Medicinae Doctor* **Francesco del Zotti**, medico di famiglia di Verona e membro del gruppo di lavoro FNOMCeO sull’*Information Communication Technology* - ma ci sono dei rischi per gli stessi Mmg e per i cittadini che è bene non sottovalutare”. Del Zotti tiene a precisare che in merito al trattamento e alla condivisione dei dati sanitari, il rischio sicurezza sarà sempre presente, per questo le procedure di attivazione del FSE possono fare la differenza. Ricordiamo che l’attivazione del FSE da parte dei cittadini può avvenire secondo diverse modalità in quanto ogni regione o provincia au-

tonoma può prevedere autonomamente una o più procedure di attivazione. In Veneto la sperimentazione prevede l’adesione dei medici di famiglia volontaria al progetto FSEr.

## ► FSE ed eterogeneità delle procedure d’attivazione

“In altre Regioni - spiega Del Zotti - sono state attivate procedure in cui il cittadino è al centro della decisione di aderire o meno e come al FSE. In Veneto invece, in base a direttive e accordi fatti con i Mmg, sono quest’ultimi ad attivare il FSE, previo consenso del paziente. In qualche modo è come se i Mmg si sostituissero ai pazienti. Non entro nel merito dei rischi che questa procedura può rappresentare per noi medici, ma penso che non sia appropriato su queste tematiche un paternalismo facilitante, che semplifichi la via al cittadino e continui a porlo quale oggetto e non soggetto dell’assistenza sanitaria. Questa modalità di fatto è in contraddizione con le finalità stesse del Fascicolo Sanitario Elettronico e con quanto contemplato dal GDPR che fa del cittadino un elemento centrale”. “Serve una tecnologia più avanzata - precisa Del Zotti - capace di coniugare centralità attiva del paziente e

massima sicurezza. È più difficile, mi rendo conto, ma il cambiamento è epocale e prenderci del tempo per avere più energie e tecnologia di qualità e più democrazia è importante. I rischi sulla sicurezza del trattamento dei dati sanitari ci saranno sempre ed è per questo che diventa fondamentale una valutazione personale dei cittadini dei vantaggi e degli svantaggi del mettere in comune i propri dati. Quanto alla centralità del medico io ancora aspetto che in Veneto a tutti noi, iniziando dai giovani medici, sia fornita un’identità e una firma digitale seria cosa che in altre Regioni, come la Lombardia e la Puglia è già attiva. Ciò darebbe ai medici una maggiore dignità digitale e impedirebbe i tanti problemi che abbiamo ogni volta che abbiamo bisogno di un sostituto. La telematica sanitaria è il nostro futuro, abbiamo bisogno di una tecnologia avanzata per un reale *empowerment* dei cittadini e dei professionisti”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Francesco del Zotti

# Crollo del ponte Morandi: la professione fa quadrato

La risposta dei medici di medicina generale in una situazione emergenziale attraverso la testimonianza a *M.D. Medicinae Doctor* di Andrea Stimamiglio segretario regionale Fimmg Liguria

**U**n minuto di raccoglimento per le vittime del crollo del ponte Morandi a Genova: così si è aperto a Roma il Comitato Centrale della FNOMCeO a settembre. Il presidente, **Filippo Anelli**, nel chiedere il silenzio ha ringraziato ed encomiato tutti i colleghi che si sono adoperati in quel difficile contesto. E sono stati tanti a prestare soccorso ed ad attivarsi, mettendo a disposizione di chi era stato tragicamente colpito competenze e compassione.

“Ogni genovese è passato centinaia di volte sul ponte Morandi: per lavoro, per andare in aeroporto, per ferie. Il crollo è stata una tragedia indescrivibile, la città è spezzata in due”. A parlare è **Andrea Stimamiglio** segretario regionale Fimmg Liguria che *M.D. Medicinae Doctor* ha interpellato affinché ci raccontasse come i medici di famiglia hanno reagito a quel tragico evento da un punto di vista professionale. “Il 14 agosto alle ore 11.40, quando sono filtrate le prime notizie e i primi messaggi sul crollo del Ponte Morandi, nessuno di noi ci voleva credere. Le *chat* dei colleghi si sono attivate immediatamente per capire cosa avremmo potuto fare, in qualità di Mmg, in quella tragica emergenza che era capitata in un giorno prefestivo, in matti-

nata, quando i nostri studi erano ancora aperti, ma nel pomeriggio avremmo dovuto chiudere. La decisione di tenere aperti i nostri ambulatori è stata unanime e spontanea”.

Una scelta fatta in fretta pensando di decongestionare i Pronto soccorso da problematiche secondarie e consentire così ai medici ospedalieri di concentrarsi il più possibile sui feriti del crollo del ponte Morandi. “Ma purtroppo - commenta tristemente Stimamiglio - sono stati più i morti che i feriti”.

## ► Uno sforzo comune

I medici di medicina generale non solo hanno tenuto aperti gli ambulatori, ma sono stati parte attiva dell'organizzazione assistenziale sui territori coinvolti.

“Abbiamo risposto immediatamente alla richiesta del commissario straordinario Alisa **Walter Locatelli** - sottolinea il segretario della Fimmg regionale - organizzando cinque punti di medicina generale in cinque zone strategiche della città: levante, ponente, centro e le due vallate”.

I medici di medicina generale e i pediatri si sono resi disponibili a visitare gratuitamente anche i cittadini che non erano loro pazienti,

assistendo quanti avevano dovuto lasciare le loro case in prossimità del crollo, cercando di garantire la continuità delle cure.

“Siamo stati convocati al comitato di emergenza per organizzarci sul cosa fare insieme al 118 e agli ospedali. È stato approntato un piano in cui noi, in qualità di Mmg - precisa Stimamiglio - abbiamo dato la disponibilità a visitare i pazienti isolati. La guardia medica è stata presente con un punto di primo soccorso a servizio degli sfollati. C'è stato uno sforzo comune per cercare di dare risposte adeguate all'emergenza. Adesso Genova sta cercando di superare il disastro. Come genovese spero che venga risolta al più presto l'emergenza abitativa, assegnando gli alloggi agli sfollati. Più in generale, mi auguro che non ci siano conseguenze disastrose per l'economia, portuale e industriale della zona che avrebbe ripercussioni negative per tutti noi”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Andrea Stimamiglio

# Lo stato di salute del nostro Servizio Sanitario Nazionale

*Il Ssn compie 40 anni e l'Osservatorio Gimbe, analizzando le classifiche internazionali e le variabili che le condizionano, ha identificato i punti di forza e le criticità del nostro sistema sanitario al fine di poter predisporre azioni di miglioramento per allinearsi a standard internazionali*

In occasione dei 40 anni del nostro Ssn, la Fondazione Gimbe, attraverso il suo Osservatorio ha identificato punti di forza e criticità del nostro Servizio Sanitario Nazionale al fine di predisporre le azioni di miglioramento per potersi allineare agli standard internazionali.

Dalle analisi dell'Osservatorio Gimbe sulle classifiche internazionali emerge che non è più tempo di illudersi con le prestigiose posizioni della sanità italiana conquistate in tempi remoti, oppure in classifiche che ne sovrastimano la qualità. Oggi il sistema più completo e aggiornato per valutare le performance dei sistemi sanitari è quello dell'OCSE.

“Le classifiche internazionali che confrontano le performance dei sistemi sanitari - ha tenuto a sottolineare Gimbe nel documento di analisi - mantengono un grande fascino e vengono spesso utilizzate nel dibattito pubblico in maniera opportunistica.

Tuttavia, misurare la qualità di un sistema sanitario nelle sue varie dimensioni è molto complesso e, di conseguenza, numerose variabili condizionano tali classifiche: tipologia di sistema sanitario, numero di Paesi inclusi, numero e tipologia di indicatori, dimensioni della performance prese in considerazione, fonti dei dati e criticità relative al loro utilizzo e alle tempistiche di aggiornamento”.

## ► Affidabilità e utilizzo delle classifiche internazionali

“Al fine di verificare dove si colloca realmente il Ssn nel confronto con gli altri Paesi - ha affermato **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe - abbiamo innanzitutto condotto una revisione sistematica ed un'analisi metodologica degli strumenti elaborati da otto organizzazioni internazionali per valutare l'affidabilità delle varie 'classifiche', da cui emergono alcune raccomandazioni chiave per il loro utilizzo nel dibattito pubblico e, soprattutto, nelle comunicazioni istituzionali”.

- *La classifica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)*, pubblicata nel 2000 adoperando dati del 1997, continua ad essere utilizzata per decantare il secondo posto del nostro Ssn, ma oggi riveste solo un valore storico e non dovrebbe più essere citata.

- *La classifica Bloomberg* misura esclusivamente l'efficienza dei sistemi sanitari, mettendo in relazione l'aspettativa di vita con la spesa pro-capite, sovrastimando la qualità del nostro Ssn, che viene collocato al terzo posto, sia perché la longevità dipende soprattutto da altre determinanti della salute, sia perché la riduzione della spesa sanitaria ci ha permesso di scalare la classifica.

- **Euro Health Consumer Index**, per l'aggiornamento annuale, la valutazione multidimensionale, la considerazione del punto di vista del cittadino-paziente e l'identificazione di specifiche aree di miglioramento, è una classifica molto affidabile: qui il nostro Ssn si colloca al ventesimo posto su trentacinque Paesi europei (nel 2006 era 11esimo su 26 Paesi).

- **Il sistema dell'OCSE** è il più completo e aggiornato per valutare le performance e individuare le aree di miglioramento: infatti non elabora alcuna classifica, ma permette di identificare la posizione del nostro Servizio sanitario Nazionale rispetto agli altri Paesi per 76 indicatori raggruppati in 9 categorie. "Abbiamo analizzato performance e posizione dell'Italia per tutti gli indicatori OCSE - ha tenuto a puntualizzare il Presidente Cartabellotta - elaborando per ciascuna delle 9 categorie una tabella che riporta per ogni indicatore la posizione in classifica dell'Italia, il dato nazionale e la media OCSE".

## ► I risultati

Si riportano di seguito le migliori/peggiori performance del nostro Servizio Sanitario Nazionale secondo l'analisi elaborata dall'Osservatorio Gimbe.

- **Stato di salute.** Siamo in quarta posizione per aspettativa di vita alla nascita, ma in fondo alla classifica per mortalità cerebrovascolare (25°) e tumore (26°) e per basso peso alla nascita (29°).

- **Fattori di rischio.** L'Italia conquista la terza posizione per consumo giornaliero di frutta negli adulti e la quarta

per bassa incidenza di sovrappeso o obesità negli adulti, ma emerge in tutta la sua gravità il peggioramento degli stili di vita nelle nuove generazioni: 28° posto per attività fisica moderata/intensa quotidiana negli adolescenti e 30° per percentuale di adolescenti fumatori.

- **Accesso alle cure.** Ai primi posti per tempi di attesa per intervento di cataratta (2°), protesi di ginocchio (3°) e d'anca (4°); al 20° posto per incidenza della spesa sanitaria *out-of-pocket* sui consumi totali delle famiglie.

- **Qualità dell'assistenza ed esiti di salute.** L'Italia conquista il podio per diversi indicatori: basso numero di ricoveri per diabete negli adulti (1°), bassa percentuale di ritenzione di materiale estraneo durante interventi chirurgici (1°), bassa percentuale di traumi ostetrici (2°), basso numero di ricoveri per asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva negli adulti (2°), bassa mortalità a 30 giorni dopo ricovero per infarto del miocardio (2°), bassa percentuale di amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici adulti (3°). Siamo in fondo alla classifica per diverse vaccinazioni in età pediatrica [epatite B (22°), difterite, tetano e pertosse (31°) e morbillo (44°)], per mortalità per carcinoma della mammella e del colon-retto (24°), per prescrizioni di antibiotici (28°) e per leucemia in età pediatrica (32°).

- **Personale.** Il nostro Paese si colloca sotto la media OCSE per la maggior parte degli indicatori, occupando il fondo della classifica per percentuale di medici  $\geq 55$  anni (30°), per numero di laureati in scienze infermieristiche (31°) e per rapporto medici/infermieri (35°).

- **Erogazione dell'assistenza.** Siamo al 4° posto per disponibilità di apparecchiature per la risonanza magnetica (ma non rendiamo noto il numero di esami effettuati), in fondo alla classifica per tagli cesarei (27°) e per degenza media del ricovero ospedaliero dopo infarto del miocardio (30°).

- **Farmaceutica.** Il nostro Ssn conquista la 4a posizione per farmacisti occupati, ma ricopriamo il fondo alla classifica (26°) per utilizzo di farmaci equivalenti.

- **Invecchiamento e long-term care.** A fronte di posizioni eccellenti per aspetti demografici (2° posto per percentuale di popolazione  $\geq 65$  anni e  $\geq 80$  anni), precipitiamo al 20° posto per aspettativa di vita in buona salute a 65 anni, al 21° per limitazioni nelle attività della vita quotidiana negli adulti  $\geq 65$  anni, al 24° posto per la percentuale di adulti di età  $\geq 65$  anni che percepiscono uno stato di salute buona o ottima, al 28° per posti letto in strutture per la long term care e al 43° per elevata prevalenza della demenza.

## ► Conclusioni

"Le nostre analisi - conclude Cartabellotta - dimostrano che non è più tempo di illudersi utilizzando in maniera opportunistica le prestigiose posizioni del nostro Ssn riferite a classifiche obsolete (2° posto OMS), oppure che mettono in relazione l'aspettativa di vita con la spesa sanitaria pro-capite (3° posto Bloomberg). Piuttosto, grazie al completo e aggiornato sistema OCSE, occorre individuare le criticità e predisporre le azioni di miglioramento per allinearsi a standard internazionali".

# Medicina Generale: non solo carenza di programmazione, ma di vocazione

Il vero cambio di passo sta nell'offrire più prestigio alla Medicina Generale italiana, attrarre i giovani con possibilità di carriera, insegnamento, tutele previdenziali e adeguate retribuzioni

Giuseppe Mittiga - Medicina Generale, Roma

La carenza di Mmg può essere frutto di un'errata precedente programmazione e regole di accesso alla graduatoria, nonché tempistiche di emanazione delle zone carenti, ma sono tutte tecniche risolubili.

Il vero cambio sta nell'offrire più prestigio alla Medicina Generale italiana (MG), attrarre giovani con possibilità di carriera, insegnamento, tutele previdenziali e adeguate retribuzioni. C'è inoltre bisogno di una strategia di comunicazione che veicoli messaggi verso i cittadini e gli studenti, potenziali futuri medici, in cui si ribadisca che: *"il vostro medico di famiglia non stampa ricette, ma è pagato per prendere decisioni come avviene per ogni lavoro intellettuale. Vi permette di prendere le giuste decisioni per la vostra salute, di scegliere quale indagine è necessaria per fare diagnosi, quale specialista consultare se necessario. È un lavoro difficile e ben remunerato, di responsabilità, che si avvale della collaborazione di altri professionisti e/o amministrativi. E, soprattutto, è un medico di fiducia che per legge non esegue ordini di alcuno e che, pur ispirandosi a principi di buona gestione delle risorse in sanità, non può anteporre logiche di budget alla vostra salute"*.

Lo studente in Medicina deve sapere che esiste la possibilità di insegnare per chi ne ha la vocazione, come tutor *post lauream*, oppure durante il corso di formazione specifica in Medicina Generale e nei corsi universitari dove attivati. Senza dimenticare di divulgare il fatto che vocazioni informatiche, di organizzazione, gestione, sindacali o specifiche relative ad aree cliniche di particolare interesse trovano oggi collocazione e sviluppo nell'area delle cure primarie.

## ► Soluzioni attuali e rischi

Allargare i cordoni dell'accesso alla facoltà di Medicina e alle graduatorie di Medicina Generale potrebbe essere rischioso in rapporto ai livelli di qualità dell'assistenza erogata. Lo stesso dicasi per l'aumento del massimale. A tale riguardo porrei alcune riflessioni. In alcune zone a popolazione sparsa già attualmente i cittadini debbono compiere decine di chilometri per recarsi dal proprio medico. Quando i medici dell'area di riferimento supereranno il massimale anche per deroga territoriale ci saranno cittadini senza medico. Questi cittadini cresceranno di numero e nell'immediatezza le Regioni potrebbero, nel pieno rispetto dell'ACN, bandire zone straordinarie

di assistenza primaria e garantirla con attività programmate della medicina dei servizi: medici che come normato sono scelti dalla graduatoria aziendale che comprende, per ultimi, i non formati e neolaureati. Uno scenario del tutto legale e plausibile. Una situazione tampone in cui, di fatto, viene meno il rapporto fiduciario col medico e che potrebbe protrarsi per lungo tempo in assenza di vocazioni per la MG. Alcuni pazienti avrebbero un medico scelto da loro, altri no. Una deriva che forse gioverebbe alle casse regionali, ma creerebbe le premesse per medici di serie b in fila per essere sanati.

Se da un lato la riduzione dei Mmg crea meno concorrenza e maggiore facilità di acquisizione di scelte, dall'altro lo scenario che ne deriverebbe appare rigido, obbligato, ristretto e non favorevole a chi come medico ama essere scelto e seguito dalle persone che continuano a sceglierlo nel tempo.

Il tirocinio presso il Mmg coinvolge un professionista giovane ma ormai già orientato. Senza paura di ricadere nei dipartimenti universitari ed esserne fagocitati dovremmo avvicinare gli studenti al terzo-quarto anno di studi universitari: attirare giovani menti più che elargire titoli accademici.

# Una giornata “normale” tra visite, sigle, telefonate e riunioni

Esercito la professione di Mmg da più di trenta anni, ma vista l'evoluzione dei nostri compiti sempre più burocratici e di assistenza socio-sanitaria ho continue crisi d'identità professionale e di senso

**Antonio Gallerani** - *Medico di medicina generale, Castelmassa (RO)*

**S**tamattina, avevo appena cominciato il lavoro nello studio, quando mi ha telefonato un collega dell'UTIC per informarmi che un mio assistito, sottoposto a PTCA, tornerà presto a casa e sarà poi necessario valutare se inserirlo in NAO oppure in TAO. Uno tra i primi assistiti recatisi in studio mi ha mostrato una richiesta di RMN, redatta da un collega Sumaista, ma, dal momento che questi è portatore di pacemaker devo assolutamente contattare il CUP per commutare la RMN in TAC.

Più tardi ho dovuto richiamare il CUP per un assistito ultranovantenne, cui era stata prescritta una OTC, e, poveretto, non sapeva a che santo votarsi. Dopo pranzo, che come al solito sarà velocissimo se non virtuale, devo recarmi dal responsabile dell'ADI: dobbiamo effettuare una UVMD per stabilire se una mia assistita debba essere inserita in ADIMED o in ADI C, anche se il collega mi accennava al fatto che non sussistono grandi differenze tra le due situazioni. Di questo sono ampiamente convinto.

Prima di partire, essendo quasi trascorsa la prima settimana del mese, devo ricordarmi di inviare trami-

te il PC all'ASL i flussi, non senza aver prima controllato il riepilogo di PIP e ADP.

## ► Una confusione di acronimi

Al ritorno, mentre guidavo, ripensavo all'ultima assemblea sindacale e in particolare all'intervento di un collega, che più volte citava il DPO. Mentre parlava, frugavo disperatamente nella mia memoria per capire di cosa si trattasse. Mi sono sentito come il Don Abbondio, di manzoniana memoria, che nelle sue erudite letture serali era incappato nel nome di Carneade: “Carneade, chi era costui?” “DPO, che cos'è questa diavoleria?”.

Ho poi appreso da un collega meglio informato che si tratta di una figura inserita nella nuova legge sulla privacy. Tra la posta del giorno ho trovato una richiesta di SVAMA da compilare. Prima di uscire per le visite domiciliari del pomeriggio mi sono collegato al portale dell'INPS per un certificato SS3 di un assistito, che mi sollecita da giorni. Tra una visita e l'altra devo assolutamente trovare il momento di telefonare al collega del CSM, con cui sono già in contatto da qualche giorno per seguire la situazione di un assistito per un even-

tuale TSO. Se la situazione dovesse precipitare e il collega non fosse più reperibile al CSM, dovrò fare riferimento al PS o forse meglio al SUEM. Dopo cena, ho un appuntamento telefonico con un collega di una UTAP: sarà una buona occasione per avere ragguagli sulle differenze e i compiti della MGI e di quella semplice, e se corrisponde al vero che si possa optare per una MG sperimentale. Non sento più parlare di H16 o di H24, spero proprio che mi possa tranquillizzare, perché l'attuazione della H24 sarebbe un vero e proprio disastro. In un caso del genere l'unica soluzione praticabile sarebbe di includere i colleghi del SCA.

Finalmente la giornata è finita, mi vado a dormire, ma non riesco a prender sonno. Il pensiero, nonostante faccia di tutto per scacciarlo, mi trascina, pervicace ed inesorabile, all'incontro, tenuto da un responsabile dell'ASL, sulla prossima implementazione della MG. A fare da padrone nell'incontro un'altra sigla: i PDTA ovvero i percorsi terapeutici assistenziali. E da allora una domanda continua a tormentarmi: “Da più di trent'anni esercito la professione di Mmg, ma, adesso, in realtà, che mestiere faccio?”.

# Long-Term Care, siamo il fanalino di coda in Europa

L'Italia è il paese più vecchio d'Europa, ma nell'assistenza a lungo termine investe solo il 10% della spesa sanitaria, un terzo in meno dei maggiori Paesi europei. I dati emergono dalla seconda "Indagine sull'Assistenza Domiciliare" in Italia realizzata da Italia Longeva e presentata di recente al Ministero della Salute

**L**'Italia, il Paese più vecchio d'Europa, sta vivendo - e sempre più lo sarà - le conseguenze della pressione demografica: aumento del carico di cronicità, disabilità e non autosufficienza. Il sistema, però, 'resta al palo' nell'organizzazione di una rete capillare e sostenibile di servizi sul territorio, a partire dalle cure domiciliari: siamo il fanalino di coda in Europa per quanto riguarda la *Long-Term Care*, alla quale destiniamo poco più del 10% della spesa sanitaria - a fronte di percentuali che superano il 25% nei Paesi del Nord Europa -, pari a circa 15 miliardi di euro. Di questi, solo 2,3 miliardi (l'1,3% della spesa sanitaria totale) sono destinati all'erogazione di cure domiciliari, con un contributo a carico delle famiglie di circa 76 milioni di euro. I dati emergono dalla seconda Indagine sull'Assistenza Domiciliare in Italia (ADI), realizzata da Italia Longeva e presentata al Ministero della Salute nel corso della terza edizione degli Stati Generali dell'assistenza a lungo termine. Il trend dell'offerta di cure domiciliari agli anziani si conferma in crescita (+0,2% rispetto al 2016), ma resta ancora un privilegio per pochi: ne gode solo 3,2% degli over65 residenti in Italia, con una forte variabilità a seconda delle aree del Paese,

se non all'interno della stessa Regione, per quanto riguarda l'accesso al servizio, le prestazioni erogate rispetto quelle inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le ore dedicate a ciascun assistito, la natura pubblica o privata degli operatori e il costo pro capite dei servizi.

## ► Il ruolo marginale dell'ADI

Mediamente, le Asl coinvolte nell'indagine garantiscono ai loro anziani l'87% delle 31 prestazioni a più alta valenza clinico-assistenziale previste nei LEA, arrivando, in alcuni casi, ad offrire fino al 100% dei servizi, come avviene a Catania, Chieti e Salerno. Un'evidente disomogeneità riguarda invece il numero di accessi in un anno - si va da un minimo di 8 ad un massimo di 77 della Asp di Potenza - e le ore di assistenza dedicate al singolo anziano, che oscillano da un minimo di 9 ad un massimo di 75 nella Asl Roma 4. In tutti i casi, si tratta di interventi principalmente a carattere infermieristico e, a seguire, fisioterapico e medico. All'ampia variabilità in termini di assistiti ed attività erogate, corrispondono anche costi differenti per la singola presa in carico che variano dai 543 euro della ATS Montagna (SO) agli oltre 1.000 euro della Asp Potenza, e non sempre ad un

maggior carico assistenziale corrisponde una spesa più elevata. "Questa fotografia - commenta il prof. **Roberto Bernabei**, Presidente di Italia Longeva - conferma il dato di fondo rilevato lo scorso anno: mentre la cronicità dilaga e la disabilità diventerà la vera emergenza del futuro - tra dieci anni interesserà 5 milioni di anziani - l'ADI continua ad avere un ruolo marginale e ad essere fortemente sottodimensionata rispetto ai bisogni dei cittadini. Con il risultato che gli anziani continuano ad affollare i Pronto Soccorsi, mentre i familiari sono alla disperata ricerca di badanti cui affidare i propri cari dimessi dall'ospedale, sempre che possano permetterselo. Non serve 'puntare il dito' sulla eterogeneità dell'offerta delle cure domiciliari da Nord a Sud del Paese, che, di per sé, potrebbe rappresentare anche un valore, perché strettamente legata alla specificità dei luoghi e dei bisogni espressi dalla popolazione anziana. Abbiamo, piuttosto, il compito e la responsabilità di individuare delle strategie per rafforzare e modernizzare le cure domiciliari, investendo in tecnologia, la famosa tecnoassistenza che sosteniamo da anni, che consentirebbe un maggior accesso alle cure domiciliari, anche in territori geograficamente 'difficili' del nostro variegato Paese".

# Sempre più contrasti sulle scelte sanitarie della Regione Piemonte

Dopo i ricorsi al Tar contro la delibera regionale che concede alle strutture private accreditate l'uso delle ricette dematerializzate per la prescrizione di visite ed esami, si sono levate forti anche le critiche da parte della Fimmg regionale che chiede l'abbandono di politiche ospedale-centriche e il potenziamento dell'assistenza territoriale

I ricorsi al Tar, sottoscritti prima dal Sindacato dei Medici Italiani del Piemonte a cui si è aggiunta subito dopo la anche quella del sindacato dei medici ospedalieri Anaao-Assomed, testimoniano quanto le politica sanitaria regionale non goda di unanime consenso. Il ricorso è contro la delibera approvata dalla Giunta Chiamparino a giugno che dà la possibilità a medici specialisti delle strutture private accreditate di poter prescrivere visite, esami e farmaci ai pazienti del attraverso la ricetta del servizio sanitario regionale.

"Ciò - ha spiegato l'assessore alla Sanità della Regione, **Antonio Saitta** - consentirà ai pazienti piemontesi di evitare il ritorno dal medico di medicina generale per ottenere una nuova ricetta, nel caso siano necessari ulteriori visite o approfondimenti diagnostici. L'operazione è favorita dall'uso della ricetta dematerializzata, che permette alla Regione di monitorare le prescrizioni e tenere sotto controllo i tetti di spesa".

Ma i medici non la pensano così e giudicano tale decisione come un incentivo ad aprire sempre più verso le strutture private, indebolendo sempre più la sanità

pubblica ed in particolare quella territoriale. Inoltre per i Mmg è palese il rischio di un possibile aumento delle prestazioni inappropriate.

## ► Potenziare l'assistenza di primo livello

Se ciò non bastasse, di recente contro la politica relativa all'assistenza territoriale è arrivata anche la voce critica del segretario regionale Fimmg-Piemonte **Roberto Venesia**: "Siamo in ritardo. Vorrei si passasse dalle politiche degli annunci a quelle dei fatti e i fatti, per quanto ci riguarda, passano a loro volta dai rinnovi degli accordi. Quello collettivo nazionale ci consegna temi non da poco, tra cui la gestione delle cronicità, le liste d'attesa e gli accessi impropri ai Pronto soccorso.

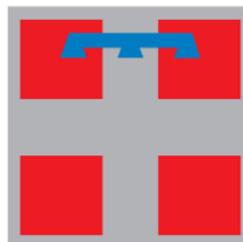
I cittadini piemontesi, i tanti anziani, fragili, malati cronici che affollano ogni giorno i nostri studi e i Ps non possono più aspettare.

Se l'attuale governo regionale sia veramente intenzionato ad avviare un serio

cambiamento dell'assetto sanitario del Piemonte, attraverso l'abbandono di politiche ospedale-centriche e il potenziamento dell'assistenza territoriale, lo si capirà da ciò che verrà attuato con serietà nei prossimi mesi in termini di approfondimento, discussione e soprattutto di realizzazione di un progetto condiviso".

Resta ancora sospesa e da realizzare la rete dei medici di famiglia. Nulla al momento è stato stabilito su come indirizzare gli investimenti previsti per il personale di studio. "Siamo avanti nella digitalizzazione, questo è un risultato importante. Tuttavia - osserva il sindacalista - non possiamo assumerci la *governance* delle cronicità facendolo a mani nude: servono collaboratori e personale infermieristico". "I medici di famiglia- precisa - sono pronti a collaborare per evitare accessi impropri al sistema

ospedaliero dell'urgenza evitando l'ingolfamento dei pronto soccorso con ambulatori per codici bianchi,"ma sto ancora aspettando una risposta dalla Regione a una nostra proposta".



# Il Sindacato dei Medici Italiani fuori dai tavoli di contrattazione

*La Sisac, in via cautelativa, ha sospeso lo Smi dalla rappresentatività sindacale dopo le battaglie legali interne che hanno portato il sindacato a eleggere due segretari generali e ad avere siti separati*

**A**ttorno a una lettera inviata ai due segretari nazionali **Giuseppina Onotri** e **Francesco Esposito**, alle Amministrazioni ed agli Enti del Ssn e Sedi e al Comitato di Settore del comparto Regioni-Sanità, la Sisac ha reso ufficiale la sospensione della rappresentatività sindacale del Sindacato dei Medici Italiani. Lo ha fatto in via cautelativa, viste le vicende interne del sindacato, in cui sono in corso battaglie legali che hanno portato all'elezione di due segretari generali. Si è dato così il via a due sindacati contrapposti di cui sono stati duplicati anche gli organi di informazione ([www.sindacato-medicialiani.it](http://www.sindacato-medicialiani.it) e [www.sindacato-medicialiani.org](http://www.sindacato-medicialiani.org)).

Un esito quasi scontato visto che, come spiega la Sisac nella missiva, all'ente sono pervenute, comunicazioni ufficiali e contraddittorie circa la persona titolare della legale rappresentanza del sindacato Smi, nonché degli Organi statutari.

Medesima situazione di incertezza è stata denunciata in sede regionale dove alcune Regioni hanno chiesto alla Sisac di conoscere quali siano i sindacati legittimati a partecipare agli Accordi sindacali regionali e chi siano i rispettivi rappresentanti legali. Inoltre la Sisac informa che agli atti risultano anche provvedimenti regionali di sospensione cautelativa a livello locale dello Smi.

## ► Un atto dovuto

*"La certezza su chi riveste la qualità di legale rappresentante di un sindacato è elemento indispensabile - sottolinea la missiva Sisac - per la valida sottoscrizione degli Accordi e per la valida indicazione, ai sensi dell'art. 22, comma 8 dell'Accordo vigente, del conto corrente ove le Aziende devono versare per delega il denaro dei singoli medici di medicina generale convenzionati a titolo di quota sindacale (...)"*

Ragione per cui Sisac precisa che la sospensione è: *"Operata in via cautelativa con decorrenza immediata fino al chiarimento definitivo di chi abbia la rappresentanza legale del Sindacato. Contemporaneamente alla determinazione della sospensione e fino all'accertamento definitivo si procede con la presente a dare indicazione alle Amministrazioni interessate di sospendere l'assegnazione delle prerogative sindacali e di trattenere le eventuali quote connesse al rilascio della delega sindacale in attesa di riversarle in favore degli effettivi aventi diritto"*.

La decisione porta quindi all'uscita della rappresentanza dello Smi dai tavoli di contrattazione, dalle commissioni e dall'attività sindacale in genere sia livello regionale sia a livello nazionale fino a che il tribunale a cui i contendenti la dia triba interna al sindacato non si sia espresso sull'effettiva rappresentatività legale.

# AGGIORNAMENTI



## ■ **CARDIOLOGIA**

- *European Society of Cardiology: highlights dal congresso 2018*
- *Nuova indicazione per rivaroxaban in prevenzione cardiovascolare*

## ■ **ENDOCRINOLOGIA**

*Ipovitaminosi D: una consensus per definire i livelli soglia*

## ■ **MEDICINA INTERNA**

*Supplementazione di potassio in condizioni cliniche particolari*

## ■ **NUTRIZIONE CLINICA**

*Gut microbiota: un nuovo target terapeutico?*

## ■ **PNEUMOLOGIA**

*Cessazione dell'abitudine tabagica e riduzione della PCR*

## ■ CARDIOLOGIA

### European Society of Cardiology: highlights dal congresso 2018

**G**li importanti trial clinici presentati al Congresso 2018 della European Society of Cardiology di Monaco (25/29.8.2018) influenzeranno di certo la pratica clinica e potrebbero anche portare in futuro ad aggiornamenti delle linee guida.

Sono emersi anche altri temi che potranno avere un considerevole impatto pratico, vale a dire i dati sul C-HDL, con una sorta di marcia indietro in quanto gli esperti affermano che se presente a livelli troppo elevati perde la sua connotazione positiva e si trasforma in un fattore di rischio CV. Gli esperti inoltre mettono in guardia contro le diete troppo povere di carboidrati che dovrebbero essere evitate: fanno dimagrire velocemente ma espongono chi le segue al rischio di morte prematura per malattia coronarica, ictus e cancro.

#### ▶ **Ipertensione arteriosa**

È stata ufficialmente presentata la nuova edizione delle linee guida congiunte della European Society of Hypertension (ESH) ed ESC, che hanno considerato alcuni aspetti tra i più importanti da affrontare e migliorare in campo di ipertensione

arteriosa: importanza dell'automonitoraggio domiciliare, definizione dei valori di riferimento, quando introdurre la terapia farmacologica, preferenza per le terapie di combinazione fissa.

#### ▶ **Principali trial**

Tra i principali studi si possono ricordare:

- trial Mariner, che non ha confermato la riduzione del TEV e dei decessi correlati nei pazienti a rischio dopo la dimissione dall'ospedale;
- studio Camellia-Timi 61 che ha confermato che lorcaserina, farmaco approvato per il trattamento dell'obesità, non aumenta il rischio di eventi CV;
- studio High Steacs: l'implementazione di un test per la troponina I cardiaca ad alta sensibilità ha richiesto la riclassificazione di 1771 su 10.360 pazienti (17%) con danno miocardico; tuttavia, solo un terzo di questi pazienti ha avuto una diagnosi di infarto miocardico di tipo 1 e l'incidenza di infarto miocardico successivo o morte per cause CV entro un anno non è stata influenzata dall'uso di questo test.

- Nei pazienti con scompenso cardiaco cronico e ridotta frazione di eiezione ventricolare sinistra la presenza di un rigurgito mitralico secondario severo si associa a una riduzione della prognosi. Sino ad ora non erano disponibili dati relativi alla possibilità di migliorare gli outcome clinici di questi pazienti mediante riparazione valvolare mitralica, un aspetto che è stato affrontato nello studio Mitra-FR. Che tuttavia non ha rilevato differenze nell'endpoint primario composito di morte per tutte le cause e di riospedalizzazione per insufficienza cardiaca. Una spiegazione per la neutralità di questi risultati potrebbe essere l'alta qualità delle cure mediche adottate nel trial che costituisce un incoraggiamento a trattare meglio i pazienti con le terapie mediche.
- Il trial Crisp-CT ha confermato che l'indice FAI (*perivascular fat attenuation*), un biomarcatore perivascolare per la stratificazione clinica del rischio, è in grado di predire la mortalità per tutte le cause e la mortalità cardiaca al di là dei fattori di rischio clinici e dell'interpretazione attuale dell'angiografia coronarica con tomografia computerizzata (CTA). Inoltre, quantificando il rischio infiammatorio residuo, il FAI perivascolare può essere usato per la ri-classificazione del rischio sia in prevenzione primaria che secondaria, dissociando la previsione del rischio dalla gravità anatomica della stenosi coronarica o dal grado di ischemia miocardica.

## ■ CARDIOLOGIA

### Nuova indicazione per rivaroxaban in prevenzione cardiovascolare

**N**onostante i numerosi progressi nell'ambito delle terapie cardiovascolari, la coronaropatia e l'arteriopatia periferica sono rimaste un'area di necessità terapeutiche insoddisfatte. Persino con le terapie di prevenzione secondaria che sono oggi disponibili, per i pazienti permane un inaccettabile rischio di eventi trombotici che possono sfociare in disabilità, perdita degli arti e mortalità.

Le attuali linee guida raccomandano la terapia antiaggregante piastrinica, terapia efficace ma non risolutiva. Il miglioramento della terapia antitrombotica permette oggi un nuovo approccio terapeutico, in combinazione con l'antiplateletico, per rafforzare la protezione vascolare e per ridurre il carico di eventi cardiovascolari.

Nelle scorse settimane l'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) ha approvato il regime terapeutico con rivaroxaban 2.5 mg due volte/die più acido acetilsalicilico 75-100 mg una volta/die per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti con coronaropatia o arteriopatia periferica sintomatica ad alto rischio di eventi ischemici.

#### ► Studio COMPASS

L'approvazione dell'EMA è basata sui risultati dello studio COMPASS (27.395 pazienti) che hanno dimostrato come rivaroxaban al dosaggio vascolare di 2.5 mg due volte/die più ASA 100 mg una volta/die abbia ridotto il rischio composito di ictus, infarto del miocardio e mortalità per cause cardiovascolari del 24% rispetto alla terapia con ASA 100 mg una volta/die da sola, in pazienti con coronaropatia o arteriopatia periferica.

Oltre ad avere dimostrato una riduzione significativa per l'endpoint composito d'efficacia costituito da eventi avversi cardiovascolari maggiori, nello studio COMPASS rivaroxaban al dosaggio vascolare di 2.5 mg due volte/die più ASA 100 mg una volta/die ha dimostrato una significativa riduzione di ictus (42%) e di mortalità per cause cardiovascolari (22%) rispetto ad ASA 100 mg una volta/die da solo.

Inoltre, la terapia combinata è stata associata a un miglioramento del 20% del beneficio clinico netto, definito come riduzione di ictus, infarto e mortalità per cause cardiovascolari, rispetto al rischio dei più seri eventi emorragici.

Le percentuali d'incidenza di eventi

emorragici sono state basse e, aspetto importante, nonostante un aumento di emorragia maggiore, non si è avuto un aumento significativo di emorragia fatale, né di emorragia intracranica.

Elemento significativo da segnalare è che nella popolazione di pazienti con arteriopatie periferiche si è avuta una significativa riduzione dell'insieme di eventi avversi maggiori, che hanno interessato gli arti, più tutte le amputazioni maggiori di causa vascolare. Pertanto, questo nuovo approccio terapeutico rappresenta un importante progresso nella gestione dei pazienti con arteriopatia periferica, che sono ad alto rischio di eventi aterotrombotici, nonostante la terapia antiaggregante piastrinica ottimizzata.

I risultati dello studio COMPASS sono, inoltre, attualmente in fase d'esame da parte dell'Autorità regolatoria statunitense Food and Drug Administration (FDA), nell'ambito della richiesta di registrazione supplementare per due nuove indicazioni di rivaroxaban:

- riduzione del rischio di eventi maggiori come ictus, infarto del miocardio e mortalità per cause cardiovascolari in pazienti con coronaropatia e/o arteriopatia periferica cronica;
- riduzione del rischio di ischemia acuta agli arti in pazienti con arteriopatia periferica.

#### Bibliografia

Eikelboom, JW, Connolly SJ, Bosch J et al. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017; 377: 1319-30

## ■ ENDOCRINOLOGIA

### Ipovitaminosi D: una consensus per definire i livelli soglia

**L**a vitamina D è realmente una panacea? Protegge da diabete e cancro? I medici devono focalizzare in maniera importante la loro attenzione sui livelli circolanti in tutta la popolazione? I preparati sono tutti uguali? Il medico può scegliere qualsiasi preparato e somministrarlo in maniera equivalente? Sono alcune delle domande alle quali l'Associazione Medici Endocrinologi (AME) ha voluto dare risposte pubblicando un documento di consenso per il corretto approccio nei confronti del trattamento del deficit da vitamina D.

“La carenza di vitamina D è un problema clinico rilevante nella popolazione mondiale. La gran parte dei pazienti anziani presenta infatti una diffusa carenza di questo ormone, a causa soprattutto dell'attuale stile di vita che consente un'esposizione limitata al sole” - ricorda **Andrea Giustina**, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano.

Inoltre va sottolineato che con l'invecchiamento l'efficienza dei meccanismi biosintetici cutanei tende a ridursi e perciò è più difficile per le persone anziane produrre adeguate quantità di vitamina D con l'esposizione alla luce solare.

#### ► Valori di riferimento

I valori di vitamina D - spiega **Roberto Cesareo**, endocrinologo, Ospedale S.M. Goretti di Latina e primo firmatario del lavoro - attualmente adottati, prevedono che i soggetti con un valore inferiore a 30 ng/dL possano essere dichiarati affetti da insufficienza di vitamina D. A nostro avviso, tale limite andrebbe rivalutato in quanto troppo alto, soprattutto in assenza di forti evidenze scientifiche. I valori del dosaggio nel sangue di vitamina D vengono interpretati infatti, con qualche variazione secondo i diversi laboratori e soprattutto secondo i dettami delle differenti società mediche come: carenza <10 ng/mL; insufficienza: 10-30 ng/mL; sufficienza: 30-100 ng/mL; tossicità: >100 ng/mL.

L'adozione di tali livelli costituisce uno dei motivi per cui si finisce per dichiarare “carenti di vitamina D” tanti soggetti che poi probabilmente non lo sono.

Nella consensus abbiamo ritenuto opportuno definire ridotti i valori di vitamina D quando essi sono chiaramente al di sotto di 20 ng/dL.

Apparentemente una banalità, ma una buona parte dei soggetti dichiarati ‘carenti di vitamina D’ cadono

proprio in questa forbice che va tra i 20 ed i 30 ng/dL comportando così, come poi effettivamente si sta verificando, una incongrua prescrizione. Al contrario soggetti osteoporotici o pazienti che assumono già farmaci per la cura dell'osteoporosi o altre categorie di soggetti significativamente più a rischio di carenza di vitamina D è corretto, a nostro giudizio, che abbiano valori di vitamina D superiore al limite di 30 ng/dL e quindi vadano trattati.

“Abbiamo poi cercato di chiarire - prosegue l'esperto - che, al momento, nonostante ci sia una serie incontrovertibile di dati che associano la carenza di vitamina D ad altre malattie che non sono solo l'osteomalacia e l'osteoporosi (per esempio diabete mellito, alcune sindromi neurologiche, alcuni tipi di tumori), non è dato sapere quali siano i dosaggi corretti di vitamina D che possano essere utili per ridurre l'incidenza di queste patologie correlate.

#### Bibliografia

Cesareo R et al. Italian Association of Clinical Endocrinologists (AME) and Italian Chapter of the American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) Position Statement: Clinical Management of Vitamin D Deficiency in Adults. *Nutrients* 2018; 10: 546; <https://doi.org/10.3390/nu10050546>



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Andrea Giustina

## ■ MEDICINA INTERNA

### Supplementazione di potassio in condizioni cliniche particolari

Com'è noto le cause di ipokaliemia possono essere svariate e possono essere legate a richiamo di potassio a livello intracellulare, a un aumento della sua deplezione o a una diminuzione del suo apporto (Kardalas E, et al. *Endocr Connect* 2018; 7: R135 - 46).

Essendo una condizione così "trasversale" non è infrequente che si accompagni a situazioni cliniche particolari per cui un approccio di integrazione di potassio può essere più adatto di altri. Tra le situazioni che si possono presentare con una certa frequenza vi sono lo stato di acidosi e la calcolosi renale.

#### ► Soggetti a rischio di calcolosi renale

Quando occorra una supplementazione di K<sup>+</sup> in pazienti che soffrono di disturbi renali e/o che possono essere a rischio di calcolosi renale, può essere impiegato un prodotto che contenga il potassio citrato. Questo sale, infatti, è in grado di prevenire la precipitazione dei cristalli di acido urico, della cistina e delle xantine rendendo questi composti più solubili nelle urine e riducendo la supersaturazione dell'os-

salato di calcio (Tarplin S et al. *Nat Rev Urol* 2015; 12: 263-70).

È utile tenere presente anche che situazioni di deplezione di potassio, insufficienza renale, anche nelle prime fasi, e acidosi metabolica inducono ipocitraturia, condizione di frequente riscontro anche in corso di nefrolitiasi calcica (Marangella MG *Ital Nefrol* 2017; 34: 51-60), giustificando il ricorso a citrato.

#### ► In presenza di acidosi

L'acidosi, sia in acuto che in cronico, è una situazione clinicamente rilevante, poiché si associa a significative alterazioni del metabolismo cellulare, contribuendo a modificare in senso negativo la prognosi del paziente (Regolisti G. *G Ital Nefrol* 2016; 33(6)).

Per la correzione dell'ipokaliemia in questi soggetti può essere utile il ricorso al potassio bicarbonato, sale alcalino.

#### ► Una possibilità terapeutica

Potassion® è un farmaco composto da una miscela di 5 sali: potassio citrato, potassio bicarbonato, potassio malato, potassio tartarato e potassio succinato.

La selezione dei sali è stata fatta in base alla loro minore gastrolesività e quindi alla buona tollerabilità dopo assunzione orale. La contemporanea presenza di diversi sali ha però anche altri vantaggi. La presenza di potassio bicarbonato, oltre che di potassio citrato in Potassion®, nella fattispecie, favorisce un'azione alcalinizzante del pH urinario e l'inibizione della formazione di calcoli renali (Tarplin S et al. *Nat Rev Urol* 2015; 12: 263-70), consolidando il rationale per l'impiego anche in pazienti a rischio nefrolitiasi.

Considerate le sue caratteristiche, si tratta inoltre di una specialità medicinale indicata per correggere gli stati di deficit potassico anche in corso di acidosi, quale terapia alcalinizzante (Potassion®. RCP). Questo è dovuto in particolare proprio alla presenza di potassio bicarbonato (Daly K et al. *J Pediatr Health Care* 2013; 27: 486-96), contenuto in questo composto e assente in altri farmaci a base di potassio per i quali non è riconosciuto l'impiego in questa condizione clinica (Codifa - L'informatore farmaceutico: [www.codifa.it](http://www.codifa.it)).

Il farmaco è disponibile come granulato effervescente in bustine monodose.



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

## ■ NUTRIZIONE CLINICA

### Gut microbiota: un nuovo target terapeutico?

**L**a rivoluzione dello studio del microbiota ha cambiato molte conoscenze sulla patogenesi delle malattie e sull'approccio alla salute.

Nel corso del recente congresso della SINuC - Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo (Torino, 6-8 giugno 2018) al Symposium "Gut microbiota: un nuovo target terapeutico?" è stato affrontato il tema alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche e produttive. Di seguito pubblichiamo una sintesi delle relazioni che hanno caratterizzato l'incontro.

#### ▶ Alterazioni del gut microbiota e "inflammaging"

L'innovativo concetto dell'inflammaging (Franceschi e coll), si inserisce nel percorso di comprensione dei meccanismi alla base del decadimento associato all'età. Il tema è stato sviluppato da **Paolo Orlandoni**, Responsabile UOSD Nutrizione Clinica, Centro Regionale di Riferimento per la Nutrizione Artificiale Domiciliare INRCA - IRCCS di Ancona.

L'inflammaging è lo stato pro-infiammatorio di basso grado che appare durante il processo di in-

vecchiamento, Insieme, immunosenescenza e infiammazione, sono all'origine della maggior parte delle patologie degli anziani (cancro, malattie autoimmuni e malattie infiammatorie croniche). Il corpo tuttavia può adattarsi all'infiammazione cronica producendo sostanze antinfiammatorie e il legame con l'invecchiamento non dipende solo dalla "quantità" di infiammazione, ma anche dalla capacità dell'organismo di bilanciarla.

Per mantenere in equilibrio questo meccanismo, la modulazione del microbiota intestinale, in grado di stimolare il sistema immunitario, può essere benefica per l'organismo. Nella ricerca di strategie in grado di ripristinare la struttura e la funzione del gut microbiota un ruolo di primo piano è rappresentato dai probiotici, microrganismi vivi, che, quando somministrati in quantità adeguate, conferiscono un beneficio per la salute all'ospite. Il loro utilizzo può influenzare favorevolmente l'organismo ospite, migliorando l'omeostasi immunitaria e modulando la flogosi sistemica cronica. Inoltre, essendo coinvolti in diversi meccanismi che consentono di

contrastare l'infiammazione, come down-regulation dell'infiammazione associata a geni e al miglioramento delle condizioni della mucosa del colon, i probiotici hanno la potenzialità di essere coinvolti, in ultima analisi, nella promozione della longevità.

I batteri probiotici più comunemente usati appartengono ai generi *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*: tra questi alcuni ceppi svolgono azioni in grado di agire sinergicamente sul microbiota (*tabella 1*), con azione di miglioramento dell'integrità della barriera intestinale, efficacia antinfiammatoria e antiossidante. In particolare *Lactobacillus plantarum LP01* si è dimostrato in grado di modulare positivamente il sistema immunitario.

#### ▶ Gut microbiota e IRC

La scoperta del ruolo del microbiota intestinale ha aperto nuovi orizzonti clinici e di ricerca sulla progressione della malattia renale e sulle sue complicanze. Il tema è stato argomentato da **Andreana De Mauri**, SSvD Nefrologia e Dialisi, AOU Maggiore della Carità di Novara.

Il paziente con insufficienza renale cronica (IRC) presenta infatti elevati livelli di tossine uremiche; tra queste la più dannosa è l'urea che, presente ad elevati livelli nel sangue, raggiunge la parete intestinale, ove favorisce la crescita delle specie "proteolitiche", che a loro volta producono altre tossine ure-

**Tabella 1**

## Caratteristiche di alcuni probiotici

Probiotico	Azione
<b>Lactobacillus plantarum LP01</b>	Modulazione della flogosi per positivo rapporto tra citochine antinfiammatorie e pro-infiammatorie
<b>Lactobacillus buchneri LB26</b>	Probiotico inattivato che internalizza micronutrienti (selenio), aumentandone la biodisponibilità
<b>Bifidobacterium animalis ssp. Lactis BS05</b>	Effetto antiossidante per produzione di GSH (glutazione ridotto) e SOD (superossido dismutasi)

miche. L'urea e le tossine uremiche sono tossiche sull'epitelio (distruggono desmosomi e *tight junctions*) e l'elevata permeabilità della parete causa la traslocazione di batteri e/o frammenti, con un effetto infiammatorio e pro-aterosclerotico sistemico.

È ormai assodato che l'infiammazione e la disbiosi intestinale hanno influenza sulla progressione dell'IRC, come, a sua volta, l'insufficienza renale cronica condiziona il microbiota con lo sviluppo di una flora proteolitica anziché saccarolitica, con produzione e assorbimento di tossine uremiche.

Il razionale terapeutico è dunque quello di intervenire sul gut microbiota disbiotico rimodulandolo affinché non produca tossine uremiche, o perlomeno le produca in quantità minori. Il management è squisitamente nutrizionale, con quella che viene definita "microbial modulating therapy": 4 P", e si avvale di: poche proteine - prebiotici - probiotici - post-probiotici.

Tra i probiotici *Lactobacillus plantarum LP01* manifesta attività antinfiammatoria mediata da IL10 e IL4, e ha dimostrato di modulare il sistema immunitario aumentando i linfociti T helper e B oltre a migliorare l'integrità della barriera intestinale. *Lactobacillus buchneri LB26*, grazie ad un processo biologico è in grado di internalizzare il selenio in forma altamente biodisponibile per il mantenimento della funzione immunitaria intestinale e la protezione delle cellule dallo stress ossidativo. *Bifidobacterium lactis BS05* esercita attività antiossidante per aumento di GSH (glutazione ridotto) e SOD (superossidodismutasi).

### ► Nuove tecnologie di sviluppo

L'accertamento della sicurezza delle specie microbiche proposte come probiotici è un punto fermo per le autorità regolatorie e per suggerire il probiotico più indicato al proprio paziente andrebbero valutate

oltre all'efficacia, anche la sicurezza e la stabilità. L'argomento è stato affrontato da **Luca Mogna**, di Probiotal SpA di Novara.

I microrganismi probiotici utilizzati nelle formulazioni finite devono essere correttamente caratterizzati a livello di genere, specie e biotipo.

Ceppi diversi appartenenti alla medesima specie possono infatti avere comportamenti molto differenti in relazione ad un determinato parametro e la stabilità di un probiotico in un formulato finito è una caratteristica irrinunciabile per garantire l'efficacia dichiarata fino alla scadenza commerciale.

L'evoluzione delle tecnologie produttive più avanzate, per esempio la microincapsulazione in matrice lipidica garantisce la sopravvivenza di circa il 90% dei ceppi nel passaggio attraverso lo stomaco e il duodeno. L'opportunità innovativa di utilizzare l'integrazione dietetica con batteri capaci di internalizzare zinco e selenio rappresenta una nuova applicazione dei probiotici. Tutte innovazioni tecnico-scientifiche che possono supportare il clinico nella scelta della giusta formula per i bisogni dei pazienti.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti di Paolo Orlandoni, Andreana De Mauri e Luca Mogna

## ■ PNEUMOLOGIA

### Cessazione dell'abitudine tabagica e riduzione della PCR

**S**mettere di fumare ha un effetto favorevole nel ridurre i valori di proteina-C reattiva (PCR): è l'evidenza emersa da uno grande studio prospettico italiano condotto su oltre 3.000 fumatori. Tale vantaggio non è però evidente a breve termine, ma dopo diversi anni dalla cessazione del fumo.

Il lavoro è stato condotto da alcuni specialisti della Fondazione IRCCS dell'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) di Milano, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS (IRFMN) di Milano.

“La PCR è un marcatore importante dell'infiammazione acuta o cronica, che si associa a un alto rischio di mortalità per malattie croniche polmonari, cardiovascolari e per molti tumori. Questo studio dimostra che smettere di fumare è utile anche dopo i 50 anni, ma che è possibile abbattere il rischio in chi ha una PCR elevata agendo sugli altri fattori che possono ridurla, come alcuni farmaci antiinfiammatori, una dieta più sana, e una regolare attività fisica. Su questa base lanceremo quest'anno un nuovo studio che combinerà la diagnosi precoce del tumore pol-

monare con la riduzione del rischio infiammatorio nei forti fumatori” - spiega **Ugo Pastorino**, Direttore della SC di Chirurgia Toracica di INT.

#### ► Lo studio

Utilizzando i dati di due studi sullo screening per il tumore del polmone condotti in Italia da INT tra il 2000 e il 2010 su 3.050 forti fumatori (tra cui 777 ex-fumatori), è stato osservato che la prevalenza di un alto livello infiammatorio (PCR  $\geq 2$  mg/L) era ridotta del 20% negli ex tabagisti rispetto ai fumatori attuali. Dopo quattro anni dall'ultima sigaretta, i livelli di PCR diminuivano significativamente con l'aumentare degli anni di astinenza, con una riduzione di circa il 50% dopo otto anni dalla cessazione rispetto a chi continuava a fumare.

Un'ulteriore analisi longitudinale basata su 975 fumatori attuali, con una seconda misurazione della PCR dopo un tempo medio di 3.4 anni, ha confermato che non vi era una riduzione significativa nei valori di PCR almeno fino a quattro anni dalla cessazione del fumo.



Mentre era già stato riportato che i fumatori hanno livelli più alti di PCR rispetto ai non fumatori, il ruolo della cessazione del fumo sulla PCR era ancora in discussione. Infatti, gli studi precedenti non avevano incluso un numero sufficientemente ampio di individui e non avevano condotto una valutazione prospettica sufficientemente lunga per poter valutare i cambiamenti a lungo termine nei valori di PCR dopo aver smesso di fumare.

“In questo studio abbiamo dimostrato che la cessazione del fumo ha un effetto favorevole, sebbene a lungo termine, nel ridurre i valori della PCR” - dichiara **Silvano Gallus** del Laboratorio di Epidemiologia degli Stili di Vita dell'IRFMN. “Dal momento che ci vogliono diversi anni perché la PCR si riduca, lo studio ribadisce l'importanza di smettere di fumare il più presto possibile”.

#### Bibliografia

Gallus S, Lugo A, Suatoni P, Taverna F, Bertocchi E, Boffi R, Marchiano A, Morelli D, Pastorino U. Effect of tobacco smoking cessation on C-reactive protein levels in a cohort of low-dose computed tomography screening participants. *Sci Rep* 2018; 8: 12908.

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

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

## Lunedì

Credo che siano ormai due decenni che tutti i lunedì, in bicicletta, in qualsiasi stagione dell'anno, viene in studio per dirmi che è astenica e non ha forza sulle gambe. Ha novant'anni ormai e nonostante tutto il suo stato di salute è soddisfacente, gli esami che periodicamente facciamo sono buoni. Mi sono abituato a vederla ogni settimana con il suo cappottino verde che dismette solo nei mesi più caldi. Sabato scorso si è recata in guardia medica, probabilmente accompagnata dalla figlia, perché si sentiva stanca e senza forza sulle gambe. Vista dal collega della guardia medica è stata inviata in Pronto soccorso. Dopo essere stata visitata è stata sottoposta a radiografia del torace e a TAC del cranio e dell'encefalo, è stata inviata in visita cardiologica e in visita neurologica. La neurologa ha rinviato la paziente in Pronto soccorso da dove è uscita con la prescrizione di un elettrocardiogramma Holter di 24 ore. Stamane, lunedì, è tornata in bicicletta in ambulatorio e mi ha ricordato che non ha tanta forza sulle gambe.

## Martedì

Immanuel Kant scriveva nel 1784 nel suo *Idea per una storia universale in prospettiva cosmopolitica* " ...questo dà la speranza che alla fine, dopo alcuni rivolgimenti nella riorganizzazione, si realizzerà ciò che la natura ha come suo sommo intento, ovvero una universale condizione cosmopolitica, il grembo in cui verranno sviluppate tutte le disposizioni originarie della specie umana". Sembra che

questa profezia si stia avverando, di certo non per la scomparsa degli Stati nazionali, dei confini, delle divisioni etniche o religiose, ma per la tecnologia.

La comparsa di una nuova umanità planetaria mi è stata ricordata oggi da una signora di origini nigeriane che mi ha mostrato con *whatsapp* gli esami ematochimici e la terapia della madre che vive in Africa e mi ha chiesto se i farmaci antidiabetici che assumeva fossero indicati o meno per la sua malattia.

- Vedova, adesso vive da sola, la casa è grande, il vicino le ha chiesto se può mettere l'auto nel gazebo rimasto vuoto e lei gli ha detto di sì. La macchina è uguale a quella che aveva suo marito, richiamo continuo di un lutto. È venuta piangendo a chiedermi aiuto.

- Ha una neoplasia del pancreas in stadio avanzato, è cachettico, ha un'insufficienza respiratoria e a fatica riesce a controllare il dolore con i farmaci che ho prescritto ad alte dosi. Ieri è tornato in visita oncologica, ho scritto una lettera al collega chiedendogli se valesse la pena di continuare con la chemioterapia. La moglie mi riferisce che non l'ha nemmeno letta e ha somministrato la chemio. Non è un'eccezione, non capisco questo accanirsi su un morente.

## Mercoledì

È un professionista di 67 anni, è venuto in studio per manifestarmi la sua profonda tristezza. Non è depresso, è malinconico con un profondo senso di vuoto. Mi dice che nel giro di pochi mesi ha perso due cari amici, morti

per cancro, e di continuo si chiede quando capiterà anche a lui. La figlia, ormai adulta, è andata via di casa e il vuoto che si è creato si è riempito di considerazioni sulla parabola dell'umana esistenza. È venuto solo per dirmi questo, sa benissimo che non posso modificare in alcun modo il suo stato, i suoi sentimenti sono quelli che tutti provano ad un certo punto della vita, la maggior parte delle persone non li manifesta, forse per un senso di pudore, lui ha voluto parlarne.

- Settantenne, è venuto a chiedermi delle gocce da prendere alla sera, non dorme perché l'“Inter” lo fa soffrire.

## Giovedì

Conosco lei e suo marito da molti anni, adesso è settantasettenne e porta evidenti i segni delle patologie di cui è affetta. È venuta a chiedermi di certificare per iscritto che le ecchimosi che ogni tanto ha sul corpo dipendono dalla terapia antiaggregante che sta assumendo. Piangendo, mi dice che quelle ecchimosi per il marito sono le prove dei suoi tradimenti e non possono che essere la manifestazione di amoroze colluttazioni.

- Luigi è deceduto ieri per una neoplasia dello stomaco. L'altro ieri, nonostante avessi spiegato che la situazione era gravissima, i familiari lo hanno portato in visita oncologica. La collega oncologa mi ha scritto consigliandomi di integrare l'alimentazione e ha prenotato un controllo a distanza di tre mesi.
- Ha ottantatré anni è appena stato operato di cataratta, deve utilizzare un collirio antibiotico più volte al giorno: “Dottore cosa devo fare? Da quando metto queste gocce ho uno stato di eccitamento sessuale”.

## Venerdì

Ho chiesto agli studenti che hanno fatto il tirocinio pratico presso i medici di famiglia quali fossero le loro impressioni su questa professione. Abbiamo segnato sulla lavagna

gli aspetti positivi e quelli negativi, come si faceva quando io ero alle elementari segnando i buoni e i cattivi.

*Aspetti positivi:* ampia preparazione per un ampio spettro di patologie, immersione nella vita vera, rapporto medico-paziente, la continuità dell'assistenza, il lavoro a domicilio del paziente, la familiarità e il supporto sociale.

*Aspetti negativi:* burocrazia, ripetizione di prescrizioni, superficialità, medicina alternativa, pretese dei pazienti e limiti prescrittivi.

Un'ulteriore riprova di quanto sia eterogenea la categoria dei medici di medicina generale e di quanto ci sia da fare per questa disciplina.

- Ero un “medico di famiglia” sono diventato “medico di medicina generale”, poi “medico di base” ma anche “soggetto prescrittore”. Oggi, nei rapporti con l'Azienda Sanitaria, sono diventato un MAP, medico di assistenza primaria. Un'involuzione darwiniana.

## Sabato

È un mio vecchio compagno delle scuole elementari, è appena stato dimesso dall'ospedale, ha una neoplasia polmonare, è astenico, dimagrito e fa fatica a respirare. Quando è entrato in studio ha visto la giovane e bella stagista che mi affiancava, abbiamo parlato della situazione e abbiamo programmato il da farsi. Uscendo, furtivamente mi ha indicato con gli occhi la ragazza e sorridendo mi ha strizzato l'occhio.

- Mi chiede l'impegnativa per la mappatura dei nevi, quando lo invito a spogliarsi per mostrarmeli mi guarda meravigliato e infastidito, vuole una visita “specialistica”. Osservo tutta la sua cute, non ha un nevo, gli dico che non ha bisogno di alcuna mappatura. Insiste, indignato ripete più volte che ne ha diritto e sottolinea ripetutamente che l'opinione del paziente va tenuta sempre in considerazione. L'opinione del medico conta meno di quella del paziente; la medicina ridotta a un'opinione. Uno vale uno, la verità di questo periodo.

# Nascita pretermine e rischio cardiovascolare

Numerose evidenze segnalano che la nascita pretermine si associa con lo sviluppo precoce di fattori di rischio CV, di aterosclerosi precoce e di patologia CV manifesta. È auspicabile che questi dati vengano tenuti presenti al fine di rendere adeguata la strategia di prevenzione primaria e secondaria nel singolo paziente

**Antonio Ferrero** - Responsabile SS Cardiologia - Ospedali Chieri e Carmagnola, ASL T05

**Tecla Marchese** - Clinical Investigator, SC Diabetologia e Malattie Metaboliche, ASL T05

**S**ecundo dati Cedap/Istat del 2016 i neonati pretermine in Italia sono stati circa 32mila, il 6.7% dei 474mila nati totali.

Per nato pretermine si intende un neonato dato alla luce prima della 37° settimana di gestazione (limite 23-24° settimana). Vengono invece definiti:

- neonati "low birth weight", quelli il cui peso alla nascita è compreso tra 1501 e 2500 g;
- neonati "very low birth weight" con peso alla nascita <1500 g;
- neonati "extremely low birth weight" con peso alla nascita <1000 g.

Le prime segnalazioni relative a una possibile associazione tra nascita pretermine e/o basso peso alla nascita e successivo incremento del rischio cardiovascolare (CV) risalgono ai lavori di Hennessy e Alberman alla fine degli anni 90 e a quelli di Irving e Belton del 2000. Ancora, in un lavoro di Dalziel e Parag del 2007, si concludeva che: "gli adulti nati moderatamente pretermine hanno un rischio aumentato di sviluppare ipertensione arteriosa e insulino-resistenza a 30 anni di età. La nascita pretermine piuttosto che la scarsa crescita fe-

tale è il principale fattore determinante di questa associazione"

## ► Nascita pretermine e diabete

L'associazione tra nascita prematura e diabete è stata documentata da "The Helsinki birth cohort study" di Kajantie E, Osmond C, condotto su 13.345 soggetti di ambo i sessi, ove si è concluso che "la nascita pretermine prima delle 35 settimane di gestazione è associata ad un aumentato rischio di diabete di tipo 2 nella vita adulta. Il rischio è indipendente da quello associato alla crescita fetale lenta".

La correlazione tra diabete e peso è particolarmente evidente per un peso <3 kg (odd ratio 0.75 per kg). Possibili ragioni di questa associazione sono state individuate nell'insulino-resistenza e nella ridotta funzione beta cellulare. Rotteveel et al. associano inoltre questo pattern a sviluppo di obesità e ipertensione arteriosa.

Recentemente Paz Levy, Shneier et al. hanno concluso uno studio su una coorte di più di 225.000 nati a termine e prematuri in cui si evince che le nascite pretermine

sono associate a più alti tassi di morbilità endocrina e metabolica pediatrica e a lungo termine rispetto ai nati a termine. Questa associazione può essere dovuta all'assenza di piena maturità dell'asse ormonale o, in alternativa, suggerire una sottostante disfunzione endocrina fetale come meccanismo iniziale responsabile della nascita spontanea precoce.

## ► Nascita pretermine e ipertensione arteriosa

Studi condotti con ABPM (Keizer Venn, Kleiveld) hanno dimostrato valori medi di PA sistolica diurna più elevati in soggetti adulti nati pretermine rispetto a un gruppo analogo di adulti nati a termine.

Analogamente è stata individuata un'associazione con lo sviluppo di ipertensione sistolica giovanile e pattern non dipper.

La patogenesi multifattoriale viene riferita a imperfezione del processo di maturazione renale con nefrogenesi incompleta e riduzione della capacità di filtrazione che induce iperfiltrazione e sclerosi glomerulare precoce nei nefroni attivi.

Ulteriori ipotesi patogenetiche coinvolgono una attivazione/sovra-espressione del sistema renina-angiotensina-aldosterone, una maggiore rigidità arteriolare secondaria al ridotto contenuto di elastina e, inoltre, all'attivazione surrenalica con iperincrizione di aldosterone e incremento del drive simpatico (Mercurio).

► **Altri fattori di rischio cardiovascolari**

L'obesità e il sovrappeso sono spesso presenti in seguito all'iper-nutrizione post-natale e forse associati a difetti di assorbimento e metabolici, secondo quello che è stato definito da Barker il "Thrifty Phenotype" (figura 1).

Ampi studi di coorte hanno inoltre evidenziato un'associazione inversa tra valori di colesterolemia nell'adulto e peso alla nascita nei soggetti maschi, così come è stata evidenziata una tendenza all'aterosclerosi precoce valutata come riduzione della *flow mediated*

*dilatation*, espressione di disfunzione endoteliale.

► **Conclusioni**

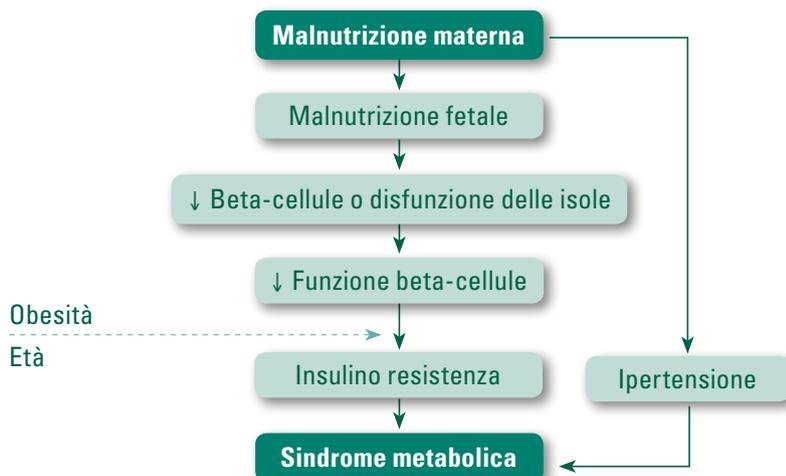
Negli ultimi decenni si sono accumulate evidenze che la nascita pre-terminale si associa con lo sviluppo precoce di fattori di rischio CV, di aterosclerosi precoce e di patologia CV manifesta rispetto ai pari età nati a termine. Questo dato non è però ancora forse adeguatamente noto alla classe medica. È auspicabile che, viceversa, venga tenuto in conto al fine di rendere adeguata la strategia di prevenzione primaria e secondaria nel singolo paziente caratterizzato da questa condizione.

A corollario dell'articolo, si può aggiungere che i fattori di rischio descritti, non solo il diabete, sono correlati anche al basso peso alla nascita (i cosiddetti bimbi nati SGA). Oltre ai problemi di statura, il bambino SGA può presentare alterazioni endocrino-metaboliche, immunologiche, cardiovascolari e

neuropsichiche a breve e lungo termine, che possono manifestarsi durante il periodo neonatale, l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta. I meccanismi fisiopatologici dell'associazione tra vita fetale e malattie dell'adulto non sono noti. Un ambiente intrauterino "avverso", ossia che implichi una denutrizione fetale, induce il feto a modificarsi in senso adattativo per consentire almeno ad alcuni organi nobili di svilupparsi adeguatamente a discapito di tessuti meno importanti. Tuttavia questo adattamento, finalizzato alla sopravvivenza del feto, comporta conseguenze immediate e a lungo termine. I bambini nati SGA nel corso della prima e della seconda infanzia presentano spesso scarso appetito e scarso accrescimento ponderale. Al contrario, una percentuale di loro dopo la seconda infanzia presenta un eccessivo incremento del peso e un aumentato rischio di sviluppare la cosiddetta sindrome metabolica.

**Figura 1**

**DMT2: l'ipotesi del "Thrifty Phenotype"\***



\* Fenotipo frugale e parsimonioso

*Int J Epidemiol* 2013; 42: 1215-22

**Bibliografia**

- Albertsson-Wikland K et al. *Acta Paediatr* 1994; 399: 64-70.
- Bassareo PP et al. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; Suppl 3: 121-4.
- Bayrakci US et al. *J Pediatr* 2007; 151:399-403.
- Dalziel SR et al. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 907-15.
- Davies AA et al. *Circulation* 2004; 110: 1258-62.
- Hales CN, Barker DJ. *Int J Epidemiol* 2013; 42: 1215-22.
- Hennessy E, Alberman, E. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 562-570.
- Kajantie E et al. *Diabetes Care* 2010; 33: 2623-5.
- Keijzer-Veen M et al. *Am J Kidney Dis* 2007; 50: 542-51.
- Irving RJ et al. *Lancet* 2000; 355: 2135-6.
- Mercurio G, Bassareo PP. *Cuore e Vasi* 2017; 2-4: 3-9.
- Monteiro PO, Victoria CG. *Obes Rev* 2005; 6:143-54.
- Owen CG et al. *Pediatrics* 2003; 111: 1081-9.
- Paz Levy D et al. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217: 588.e1-588.e11.
- Rogers I, EURO-BLCS Study Group. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27:755-77.
- Rotteveel J et al. *Pediatrics* 2008; 122: 313-21.
- Weiss R et al. *N Engl J Med* 2004; 23: 2362-74.
- [www.fondazionezero.org/glossario/vita-fetale](http://www.fondazionezero.org/glossario/vita-fetale)

# Un insolito caso di infezione acuta da HBV

Il caso di un paziente che faceva uso di droghe per via ev e che presenta importante poliartrite e altri sintomi confondenti è stata l'occasione per impostare un percorso di ragionamento clinico deduttivo che ha condotto alla diagnosi di infezione acuta da HBV

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

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**<sup>2</sup>, **Marco Sperandeo**<sup>3</sup>, **Giuseppe Di Pumpo**<sup>4</sup>, **Massimo Errico**<sup>5</sup>, **Gianluigi Vendemiale**<sup>6</sup>, **Angelo Benvenuto**<sup>7</sup>

## ► Caso clinico

Un uomo di 30 anni con storia di assunzione di droga è stato ricoverato a causa di febbre, mialgie, artrite e rash. Due giorni dopo la dimissione da una clinica di disintossicazione, ha riferito di avere assunto eroina endovena. Dopo 48 ore sono comparsi febbre con brividi, tosse, mialgie, anoressia, associati con la progressiva comparsa di gonfiore e dolore alle articolazioni, un rash eritematoso non pruriginoso ed episodio di sudorazione.

I sintomi articolari si sono sviluppati inizialmente alle caviglie e durante i tre giorni successivi hanno coinvolto le ginocchia, le mani e i gomiti, accompagnati da debolezza alle braccia e alle gambe. Due giorni prima dell'ultimo ricovero, il paziente si era recato al Pronto Soccorso.

All'esame fisico la temperatura cor-

porale era di 38.3 °C, all'emocromo i globuli bianchi erano normali, ALT 110 UI/L, AST 73 UI/L; i restanti esami ematochimici erano nella norma. Una radiografia del torace, un ECG e un ecocardiogramma transesofageo erano risultati normali.

Veniva posta diagnosi di una sindrome virale e il paziente veniva dimesso.

Successivamente la febbre si era risolta, ma il dolore articolare era aumentato e diventato più grave alle braccia; il paziente era incapace di sollevare le braccia sopra la testa o prendere una tazza da caffè. Si recava nuovamente al Pronto Soccorso e riferiva arrossamento oculare e dolore nella regione cervicale.

## ► Anamnesi patologica prossima

Un mese prima del ricovero, il paziente riferiva un respiro sibilante, dispnea a riposo, vertigini e tosse secca, senza febbre o brividi. Faceva uso di droghe per via endovenosa da dieci anni, malgrado avesse tentato di disintossicarsi. Riferiva cefalea, fenomeno di Raynaud, epistassi ricorrenti dopo la riparazione di fratture nasali. Il test per l'HIV eseguito sei mesi prima era negativo. Aveva assunto ibuprofene per i dolori muscolari. Era fumatore e non riferiva diatesi allergica.

## ► Anamnesi familiare

In anamnesi familiare malattia coronarica del padre; la madre, la sorella e molti parenti materni erano affetti da diabete mellito; una sorella aveva il lupus eritematoso sistemico, un'altra sorella l'eczema e un nipote la malattia di Kawasaki.

## ► Esame obiettivo

All'ingresso si rilevava temperatura corporea 37.2 °C, PA 140/90 mmHg, frequenza cardiaca 106 bpm, frequenza respiratoria 20 atti/min, saturazione di ossigeno 96% in aria ambiente. Al torace erano presenti rumori respiratori grossolani, con lieve dispnea. Il fegato, di consistenza parenchimatosa, debordava 2 cm sotto il margine costale. Sulle estremità e al tronco anteriore si osservava un rash eritematoso reticolo-maculare. Le articolazioni di mani, gomiti, ginocchia e caviglie erano gonfie e calde; anche i polsi, le articolazioni metacarpo-falangee e le ginocchia erano gonfie. Si rilevava dolorabilità e debolezza muscolare diffusa (soprattutto ai quadricipiti e ai polpacci).

## ► Indagini laboratoristico-strumentali

Le indagini mostravano ematocrito, emoglobina e globuli rossi normali.

<sup>1</sup>Dirigente Medico - SC Medicina Interna, Ospedale "T. Masselli-Mascia", S. Severo ASL FG

<sup>2</sup>Dirigente Medico - SC Cardiologia-UTIC, Ospedale "T. Masselli-Mascia", S. Severo ASL FG

<sup>3</sup>Dirigente Medico - SC Medicina Interna, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", S. Giovanni Rotondo (FG)

<sup>4</sup>Direttore SC Pronto Soccorso - IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", S. Giovanni Rotondo (FG)

<sup>5</sup>Direttore SC Medicina Interna - Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA)

<sup>6</sup>Direttore Dipartimento Internistico AOU "Ospedali Riuniti" Policlinico di Foggia

<sup>7</sup>Dirigente SC Medicina Interna - Ospedale "T. Masselli-Mascia", S. Severo ASL FG

Livelli ematici di elettroliti, calcio, fosforo, magnesio, creatinichinasi, bilirubina totale e diretta, proteine totali, albumina, globuline, fosfatasi alcalina e funzionalità renale nei limiti della norma. AST 2022 U/L, ALT 3566 U/L. Fattore reumatoide e anticorpi anti-dsDNA negativi. Anticorpi anti-HIV 1 e HIV-2 reattivi; l'HIV-RNA non rilevato. Criocritico negativo. Test per la sifilide negativo. L'analisi delle urine rilevava tracce di urobilinogeno. Emocolture negative. Radiografia del torace normale.

### ► Discussione e conclusioni

Il paziente faceva uso di droghe per via endovenosa, quindi dobbiamo considerare tutti i pericoli associati a questo comportamento. Inoltre, presentava poliartrite, condizione nettamente diversa dai dolori articolari o artralgie.

L'uso di droghe potrebbe essere associato a molte possibili cause della sintomatologia di questo paziente, quindi la diagnosi differenziale deve considerare l'uso di eroina, nonché l'effetto degli adulteranti utilizzati per "tagliare" le droghe, le infezioni batteriche (endocarditi) e virali (HBV, HCV, HIV).

L'uso di droghe per via endovenosa è spesso causa di endocardite batterica. Però, la natura dei problemi articolari di questo paziente può aiutarci a escludere un'infezione batterica, infatti l'artrite è iniziata alle caviglie e si

è estesa alle ginocchia, mani e gomiti; questi sintomi ricordano l'artrite reumatoide o la malattia da siero e non sono compatibili con le manifestazioni tipiche dell'endocardite infettiva.

Inoltre, l'eruzione cutanea del paziente non ricorda le manifestazioni cutanee (noduli di Osler) che si hanno in seguito a infezione batterica disseminata, quindi l'endocardite infettiva è improbabile.

Infine, dobbiamo considerare gli agenti patogeni virali che possono essere trasmessi attraverso l'uso di droga per via endovenosa e la condivisione di aghi. Questi includono l'infezione da HBV, da HCV e da HIV.

L'HCV è associato a una varietà di sintomi muscolo-scheletrici che raramente includono una poliartrite reumatoide. Più comunemente, invece, si associa a sintomi articolari tipo artrite reumatoide perché le infezioni da HCV sono associate a positività per il fattore reumatoide causata dalla presenza delle crioglobuline. La natura dell'eruzione cutanea di questo paziente non è coerente con la diagnosi di vasculite crioglobulinemica HCV-correlata, che generalmente è accompagnata da porpora con una predilezione per le gambe. Pertanto, la probabilità che l'HCV sia la causa della presentazione clinica di questo paziente è bassa.

Il test per gli anticorpi contro HIV-1 e HIV-2 era reattivo, ma l'assenza di HIV-RNA rilevabile è incompatibile

con un'infezione primaria da HIV.

In una minoranza di pazienti con infezione acuta da HBV può essere presente una sindrome simile alla malattia da siero. Graves nel 1843 descrisse la malattia come una sindrome caratterizzata da poliartrite e orticaria in fase prodromica, che precede la fase itterica da diversi giorni a diverse settimane. La poliartrite è simmetrica, con una predilezione per le piccole articolazioni delle mani e ginocchia, e può essere associata a rigidità mattutina. Si può manifestare un rash cutaneo contemporaneamente all'artrite. L'eruzione è più spesso orticarioide, ma sono state riportate anche macule eritematose, papule e petecchie.

La sindrome di solito persiste per giorni o settimane, con una durata media di circa 20 giorni. I pazienti spesso hanno astenia e debolezza generalizzata. Le manifestazioni articolari e cutanee in genere si risolvono completamente prima o all'inizio della fase itterica dell'epatite. Circa il 40% dei pazienti con la sindrome diventa itterico. Sulla base dei sintomi, della poliartrite, dell'eruzione cutanea, dell'affaticamento e dell'ipertransaminasemia, possiamo quindi ipotizzare che questo paziente abbia un'infezione acuta da HBV, acquisita per condivisione di aghi nel contesto dell'uso di droga endovenosa.

La diagnosi è stata posta in seguito al riscontro di positività per l'antigene di superficie (HBsAg) e per l'HBV-DNA.

### Lettere di approfondimento

- Caniggia A. *Compendio illustrato di Medicina Interna*. Minerva Medica, Torino, 1999.
- Crepaldi G et al. *Trattato di Medicina Interna*. Piccin, Padova, 2002.
- De Luca P. *Medicina Clinica. Manuale pratico di Diagnostica e Terapia*. Enea Edizioni, Milano, 2016.
- De Luca P. *Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica*. Società Editrice Universo, Roma, 2011.
- Dioguardi N et al. *Moderni aspetti di semeiotica medica*. Società Editrice Universo, Roma, 2011.
- Fradà G. *Semeiotica medica nell'adulto e nell'anziano*. Piccin, Padova, 2018.
- Gasbarrini G. *Trattato di Medicina Interna*. Verduci, Roma, 2011.
- Gentilini P. *Medicina Interna*. Società Editrice Universo, Roma, 1997.
- Goldman L et al. *Goldman-Cecil Medicina Interna*. Edizioni Edra, Milano, 2017.
- Kasper DL et al. *Harrison. Principi di Medicina Interna*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2017.
- Kumar P et al. *Medicina Clinica*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2007.
- Longmore M et al. *Oxford Manuale di Medicina Clinica*. EMSI, Roma, 2017.
- McPhee S et al. *Fisiopatologia*. McGraw-Hill, Milano, 2000.
- Netter Frank H. *Medicina Interna*. Masson, Milano, 2005.
- Nuti R. *Manuale di Medicina Interna*. Minerva Medica, Torino, 2017.
- Rasario GM. *Semeiotica e metodologia medica*. Idelson-Gnocchi, Napoli, 1996.
- Roversi AS. *Diagnostica e Terapia*. Mercurio Editore, Napoli, 2011.
- Siegenthaler W. *Diagnosi differenziale*. UTET, Torino, 2010.
- Teodori U. *Trattato italiano di Medicina Interna*. Società Editrice Universo, Roma, 2004.
- Zanussi C. *Il metodo in Medicina Clinica*. Mattioli, Fidenza, 2007.

# Trattamento della nevralgia del trigemino

Per le caratteristiche del dolore la nevralgia del trigemino viene definita anche “malattia del suicidio”; è molto comune ed è più frequente nel sesso femminile. Una alternativa alla terapia farmacologica, spesso non tollerata, è la radiochirurgia Cyberknife: la risposta al trattamento, se eseguito da mani esperte, è molto buona

**Pantaleo Romanelli**

*Direttore Scientifico Brain Radiosurgery, Cyberknife Center, CDI (Milano)  
Professore di Neurochirurgia e Radioterapia Oncologica, Albert Einstein Medical College, New York*

**D**efinita, proprio per le sue caratteristiche, anche malattia del suicidio, la nevralgia del trigemino è una sindrome dolorosa molto comune, che colpisce tipicamente pazienti di età superiore ai 40 anni, più frequente nel sesso femminile (rapporto 2:1), con un'incidenza di 4-5 casi su 100.000 persone.

Il dolore di questa sindrome afferra unilateralmente a una o più branche del nervo trigemino, colpendo la regione oculare (I branca trigeminale), mascellare (II branca) e/o mandibolare (III branca).

Il dolore trigeminale è di tipo parossistico, che si manifesta con attacchi improvvisi, di breve durata ma estremamente intensi. Viene tipicamente descritto come una scossa elettrica, ma può presentare anche caratteristiche diverse quali bruciore, intensa pressione, lacerazione, eccetera.

Gli episodi di dolore si verificano in modo imprevedibile, ma possono anche essere innescati dalla stimolazione sensoriale di regioni del viso o della bocca.

In alcuni pazienti una scarica di dolore può essere indotta dalla stimolazione di regioni circoscritte del vi-

so, i trigger points. Il semplice sfioramento di un trigger point, anche da parte di una corrente d'aria, soprattutto se fredda, può innescare un episodio doloroso.

Radersi, lavarsi il viso o i denti, masticare e inghiottire possono diventare una vera tortura in pazienti con nevralgia trigeminale in fase acuta. L'andamento del disturbo è periodico, con periodi di benessere e periodi di frequente e intenso dolore. Nella maggior parte dei pazienti il disturbo si accentua fortemente durante l'inverno, in concomitanza con l'abbassarsi della temperatura. Spesso la nevralgia trigeminale viene inizialmente scambiata per un comune mal di denti e molti pazienti arrivano dal neurologo oppure dal neurochirurgo dopo una serie di interventi dentali.

## ► Terapia farmacologica

La nevralgia trigeminale risponde molto bene alla somministrazione di carbamazepina o altri farmaci antiepilettici. La risposta alla carbamazepina è in pratica patognomica, ovvero conferma in modo inequivoca-

bile la presenza di una nevralgia del trigemino tipica (esistono forme atipiche, dove il dolore non si presenta come scossa elettrica parossistica, nelle quali la carbamazepina ha minore efficacia).

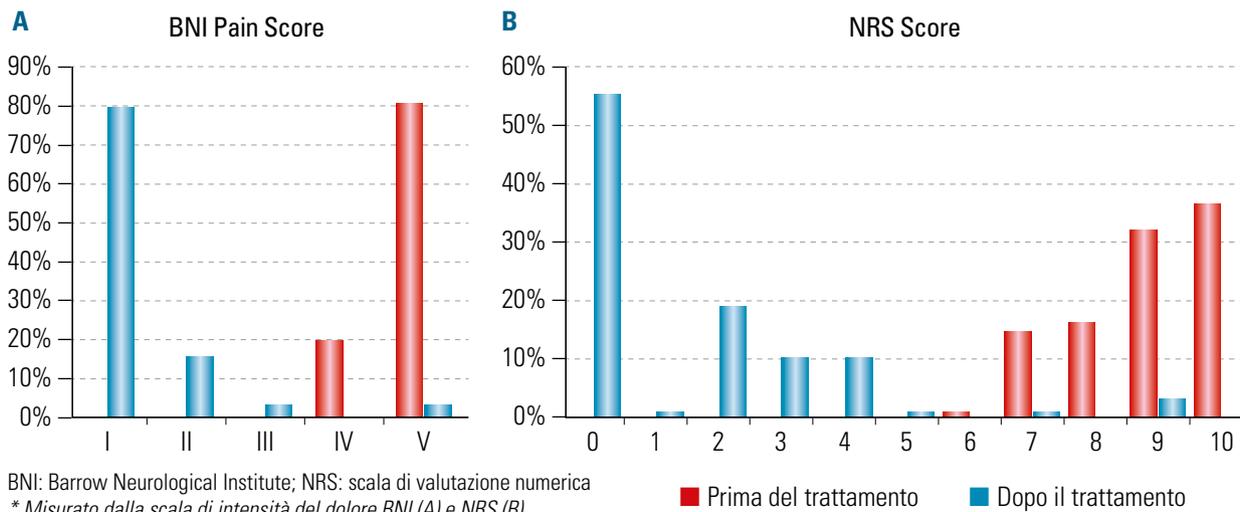
La dose di carbamazepina necessaria per garantire l'assenza di dolore è però spesso mal tollerata, inducendo disturbi dell'equilibrio e della memoria (specialmente in pazienti anziani) oppure gravi complicanze metaboliche a carico del fegato, rene e midollo osseo.

## ► L'opzione chirurgica

In alternativa è opportuno procedere alla terapia chirurgica, che consiste in interventi percutanei (rizotomia a radiofrequenza oppure con palloncino, alcolizzazione) o a cielo aperto (decompressione microvascolare). Quest'ultimo intervento, in mani esperte, è solitamente associato all'immediata guarigione dal dolore, ma richiede il raggiungimento del nervo nelle profondità del cervello e l'allontanamento da esso dell'arteria o della vena che, comprimendolo, causano il disturbo.

Figura 1

## Controllo del dolore\*: risultati del trattamento con Cyberknife



Molti pazienti rifiutano l'intervento a cielo aperto (e le relative complicanze) preferendo il trattamento percutaneo, meno invasivo ma tipicamente associato a perdita della sensibilità del viso.

### ► Radiochirurgia Cyberknife

La radiochirurgia Cyberknife è un intervento del tutto non invasivo, applicato per la prima volta al fine di alleviare il dolore da nevralgia del trigemino presso la Stanford University nel 2002. I primi interventi eseguiti diedero buoni risultati, sono stati pubblicati per la prima volta nel 2003 sulla rivista *Stereotactic and Functional Neurosurgery* e poi aggiornati nel corso degli anni fino ad una recente pubblicazione sulla prestigiosa rivista *Neurosurgery*. Il Cyberknife è un acceleratore lineare robotico in grado di inviare fasci di fotoni ad alta energia con estrema precisione sul bersaglio (il nervo trigemino oppure un tumore o una malformazione vascolare cerebra-

le). Il trattamento della nevralgia trigeminale con Cyberknife è del tutto non doloroso, non richiede anestesia, viene completato in circa un'ora, dopo aver eseguito una TAC e una risonanza magnetica con sezioni contigue submillimetriche che permettono un'accurata risoluzione volumetrica dell'anatomia cerebrale e una perfetta visualizzazione del nervo trigemino e dei vasi e nervi cranici circostanti.

La risposta al trattamento, se eseguito da mani esperte, è molto buona (figura 1): circa il 90% dei pazienti diviene libero da dolore in un periodo che varia da qualche settimana ad alcuni mesi di distanza dal trattamento.

Il principale limite del trattamento Cyberknife per la nevralgia trigeminale è proprio l'attesa. Tuttavia molti pazienti preferiscono aspettare alcune settimane piuttosto che eseguire un intervento invasivo. Il dolore può ritornare, tipicamente in forma attenuata, dopo un periodo di benessere di durata va-

riabile (in media, 13 mesi).

Il trattamento può essere ripetuto. Le complicanze sono rare e costituite da una perdita di sensibilità sul viso, associata con fastidiosi formicolii (parestesie). In genere, questi disturbi compaiono solo dopo un secondo trattamento e sono tipicamente giudicati molto meno fastidiosi rispetto al dolore causato dalla nevralgia del trigemino. Nel complesso, il trattamento Cyberknife della nevralgia trigeminale offre un'opzione del tutto non invasiva, generalmente priva di gravi rischi neurologici. Il trattamento può essere utilizzato in pazienti non candidabili a interventi invasivi a causa di complicanze metaboliche, età.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare il commento di Pantaleo Romanelli

# Dieta mima digiuno: longevità e rigenerazione multisistemica

Lo studio della relazione tra alimentazione e regolazione di alcune vie metaboliche sta sviluppandosi in maniera esponenziale. In particolare si stanno studiando gli effetti del digiuno intermittente come possibile alternativa alla restrizione calorica in particolari setting di pazienti

**Mario Giuseppe Mirisola** - Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche - Università degli Studi di Palermo

In un recente passato si riteneva che l'alimentazione influisse sulla salute solo indirettamente, per esempio nella relazione tra sovrappeso e malattie cardiovascolari, ma recenti evidenze segnalano che l'alimentazione è in grado di influenzare in maniera diretta l'attivazione e l'inattivazione di alcune vie metaboliche con importanti conseguenze sulla salute. Diversi nutrienti sono infatti dei determinanti fondamentali nella regolazione dell'espressione di alcuni geni e conseguentemente possono regolare il "rewiring" di alcune vie metaboliche. La restrizione calorica senza malnutrizione è un regime calorico studiato per la prima volta nei roditori che ha messo in evidenza come una riduzione di circa il 40% delle calorie assunte rispetto a quelle considerate normali possa determinare un aumento della sopravvivenza di circa il 30%. Il fenomeno si è osservato in tutte le specie in cui è stato possibile analizzarlo. Nelle cellule in coltura i nostri studi hanno messo in evidenza come una restrizione calorica severa comporti diversi ri-arrangiamenti metabolici che globalmente inducono nelle cellule una maggiore resistenza agli insulti esterni e allo stress ossidativo, una maggiore longevità e una riduzione della frequenza delle mutazioni spontanee aumentando quindi la stabilità del genoma. Nell'uomo la restrizione calorica ha di-

versi effetti importanti come la riduzione della PA e dell'insulino-resistenza, il miglioramento del profilo lipidico, una riduzione del grasso corporeo con importanti effetti sulla produzione delle citochine infiammatorie e dello stato infiammatorio generale dell'organismo. Nonostante questo la restrizione calorica è un regime alimentare difficilmente sostenibile dalla maggior parte della popolazione. Inoltre, perché la restrizione calorica svolga i suoi benefici senza importanti effetti collaterali, è necessario che avvenga senza malnutrizione, una condizione difficile e forse impossibile da raggiungere per i non addetti ai lavori in nutrizione umana.

Per questo motivo la restrizione calorica rischia di essere poco sostenibile nella popolazione in generale e possibilmente anche pericolosa per la maggior parte degli individui.

## ► Digiuno intermittente

I nostri studi successivi prima sulle colture cellulari, poi sugli organismi modello e infine sull'uomo ci hanno permesso di caratterizzare gli effetti del digiuno intermittente come una possibile alternativa alla restrizione calorica, inoltre per aumentare la compliance da parte della popolazione generale abbiamo messo a punto un piano nutrizionale della durata di 5 giorni che produce gli effetti metaboli-

ci del digiuno senza la necessità di eliminare tutti i nutrienti.

Tra quelli sperimentati, lo schema si è rivelato estremamente efficace nel riprodurre gli effetti del digiuno peraltro mantenendo un buono stato di nutrizione. Quest'ultimo aspetto è molto importante per prevenire eventuali effetti collaterali che potrebbero essere connessi con il digiuno totale, primo tra tutti la disidratazione.

Gli effetti metabolici di questo regime alimentare della durata di 5 giorni sono oggetto di studio di numerosi trial clinici. La mia UO sta valutando questo regime in un gruppo di soggetti ad alto rischio genetico di sviluppare tumori al seno (*BRCA carriers*) e a breve avremo i primi risultati sulla capacità di questo regime di influire sul rischio di tumore. Altri trial hanno già dimostrato, sebbene su piccole coorti di soggetti, l'utilità di tale regime durante la chemioterapia e studi più ampi sono in corso, per una valutazione statistica definitiva.

Studi già effettuati hanno comunque reso evidente come tale regime alimentare sia in grado di diminuire la pressione arteriosa, la glicemia a digiuno, il peso corporeo e l'ormone IGF1, tutti fattori di rischio per le malattie cronico-degenerative.

*L'articolo è la sintesi della relazione presentata al Congresso Nutrismi 2018, XII Forum di Nutrizione Pratica di Milano*

# Il primato della compassione

*Prendendo spunto dalle considerazioni sulla compassione dello psichiatra e filosofo statunitense Irvin D. Yalom, gli Autori ne affermano il primato relazionale, mostrando come su di essa si fondi l'alleanza terapeutica tra medico e paziente, accennano, infine, alle ricadute in ambito formativo di tale concezione*

**Stefano Alice, Mara Fiorese  
Artiola Islami, Maurizio Ivaldi**  
*Medicina generale, Genova*

**//** *Mi sono reso conto di non aver mai, nemmeno una volta, usato la parola amore o compassione".*

Così scrive Irvin D. Yalom, raccontando il cammino che lo ha portato ad essere uno dei più affermati psichiatri del nostro tempo e subito precisa: *"È una omissione enorme, che adesso desidero emendare".*

Non sorprende questa affermazione da parte di chi ha tanto contribuito a diffondere tra i medici la consapevolezza dell'importanza delle questioni esistenziali per i loro pazienti, sostenendo la necessità di preservare un approccio umano e solidale alla sofferenza ed evidenziando come *"esistono prove schiaccianti che i buoni risultati dipendano dall'intensità, dal calore, dalla genuinità e dall'empatia della relazione terapeutica".*

L'empatia aumenta, infatti, l'efficacia terapeutica perché percepire la sofferenza del paziente fa desiderare al medico di lenirla, spingendolo ad agire di conseguenza e con ciò a rendere "visibile" la sua compassione.

Il miglioramento della sua efficacia terapeutica è per il medico motivo di intima soddisfazione, la "visibilità" della sua compassione lo fa apprezzare dai pazienti, la conseguenza per il medico è un benefico aumento della autostima e della sicurezza professionale.

Naturalmente questo percorso virtuoso può trovare ostacoli in fattori personali o sociali, ma è essen-

ziale che il medico faccia attenzione ai suoi sentimenti di compassione o di assenza di compassione per chi sta curando perché, come Yalom acutamente nota: *"Se non sperimento tali sentimenti nei confronti di un dato paziente, allora è improbabile che possa essergli di qualche aiuto".*

Il primato della compassione nell'ambito di una relazione di cura è dovuto, quindi, al fatto che senza di essa persino la competenza serve a poco.

Il medico deve, quindi, divenire consapevole dei suoi sentimenti e vigilare sulle sue reazioni emozionali alle comunicazioni ed al comportamento del paziente per almeno due motivi importanti:

- il primo è evitare che reazioni negative danneggino l'empatia e quindi la capacità di comprensione del caso clinico,
- il secondo è che una adeguata riflessione su quel che il paziente suscita in noi può esserci d'aiuto per capire il significato del suo comportamento, come la pensa, che carattere ha.

## ► Reazioni emozionali nell'ambito della medicina generale

Per il medico imparare a capire proprio dalle sue stesse reazioni emozionali che tipo di paziente ha di fronte è particolarmente utile nell'ambito della medicina generale.

Il medico di famiglia, infatti, si trova spesso ad affrontare sintomi, che rappresentano manifestazioni fisiche di disagi psicologici.

Sovente sono sintomi atipici e plurimi di cui non si riesce a rintracciare la causa neppure dopo una lunga serie di esami e di consultazioni specialistiche, che molte volte il paziente pretende ed a cui, talvolta, il medico acconsente o nel vano tentativo di rassicurarlo o per il timore di sottovalutare un sintomo con tutte le spiacevoli conseguenze del caso.

Il medico di famiglia si dibatte tra la necessità di evitare esami inutili e il rischio di considerare funzionale un sintomo di natura organica per ciò è particolarmente utile che impari a cogliere ogni indizio, che gli consenta di riconoscere i soggetti predisposti ad esprimere i conflitti psichici in un modo così confondente.

Molto spesso si tratta di persone la cui sofferenza origina da problemi esistenziali (timore della morte, isolamento, perdita di significato) o interpersonali o di autostima ed in un numero minore di casi si tratta di individui con tratti di personalità patologici.

Ad ogni modo sono pazienti il cui comportamento è inconsapevolmente volto ad attirare l'attenzione del medico e dei propri familiari, sono persone che desiderano fortemente di essere compatite, per lo più sono soggetti insicuri e presentano una tendenza al vittimismo più o meno marcata.

Il sussulto che il medico prova quando li vede in sala d'aspetto e il senso di confusione che avverte ascoltandoli, contribuiscono ad attribuire il giusto significato ai sintomi che riferiscono.

È importante che il medico sia compassionevole anche verso sé stesso e questo significa non sentirsi in colpa quando sono i comportamenti francamente irritanti di

un paziente ad ostacolare la compassione nei suoi confronti.

Va sottolineato che è proprio dalla compassione che scaturiscono la benevolenza, la pazienza e la gentilezza del medico.

### ► Il "sano" coinvolgimento emotivo è un aiuto per la professione

A scopo didattico Yalom illustra un suo caso clinico, inerente ad una giovane donna depressa e piena di rabbia, che si stava riprendendo da una serie di operazioni chirurgiche per un gravissimo cancro.

Si crearono delle difficoltà relazionali, che stavano andando a discapito della qualità della cura, che furono risolte dallo psichiatra statunitense proprio grazie ad un atto di compassione, consistito in una autorivelazione, che, permettendo alla paziente di entrare in contatto col vissuto personale del curante, le consentì di constatarne autenticità e disponibilità.

Per il medico compassionevole, inoltre, diventano adempimenti spontanei informare il paziente, guadagnarne il consenso, ed osservare le linee guida.

L'alleanza terapeutica tra medico e paziente si fonda, per l'appunto, sulla condivisione empatica della sofferenza, su questa emozione che diventa azione.

Si tratta di una modalità relazionale che è al contempo una cooperazione ed un legame affettivo, che è costituito da fiducia e rispetto.

Il paziente rispetta il medico se si fida di lui, ma per fidarsi deve sentirsi capito: la fiducia del paziente nasce, quindi, dall'empatia del medico.

Il genuino interesse per il paziente,

un sano coinvolgimento emotivo, portano il medico a mettere in pratica tutte le regole della professione senza quasi accorgersene.

Ecco perché la compassione, oltre a migliorare la qualità di cura, protegge il medico dal burn out.

La compassione o la sua assenza informano di sé lo stile di lavoro di noi medici, dettano legge ai nostri atti professionali, condizionando fortemente sia il nostro rapporto con i pazienti che quello con i colleghi.

### ► La formazione

Riconoscere il primato relazionale della compassione ha importanti conseguenze anche in ambito formativo.

Favorire la compassione per i pazienti diviene un compito fondamentale per le scuole mediche.

Imparare ad avere compassione per i pazienti rappresenta per noi medici un obiettivo irrinunciabile.

Ma una cosa deve essere ben chiara: non si può educare alla compassione senza essere educatori compassionevoli; senza essere disponibili a mettersi in gioco; senza aver capito che l'empatia può più della disciplina.

Docenti umanamente assenti, rigidi, poco disponibili, altezzosi, inclini al sarcasmo, impediscono che si crei un clima d'aula sereno e proficuo e rappresentano un pessimo esempio relazionale.

Ma non basta che lo siano: occorre che i discenti se ne accorgano, occorre che si sentano ascoltati e capiti.

### Bibliografia

- Irvin D. Yalom, *Diventare se stessi*, Neri Pozza Ed. 2018

# Tosse persistente, un fenomeno in aumento

Diverse le cause della tosse persistente, ma il fattore inquinamento atmosferico oltre all'abitudine tabagica e l'esposizione al fumo passivo rivestono un ruolo chiave.

Un altro elemento che riguarda la popolazione infantile è la famiglia: il numero di episodi aumenta proporzionalmente se l'abitudine attiva al fumo riguarda uno o ambedue i genitori

La tosse persistente è un'importante problematica clinica presente nella popolazione generale: secondo i dati delle ultime ricerche italiane, la tosse ha un'incidenza del 10%, con una frequenza degli episodi più che raddoppiata rispetto a un decennio fa, sino ad arrivare tre o più episodi/anno con una durata media dai 7 ai 15 giorni.

“Diverse le cause, ma sicuramente il fattore inquinamento e le polluzioni ambientali oltre all'abitudine tabagica e l'esposizione al fumo passivo rivestono un ruolo chiave. Un altro fattore che riguarda la popolazione infantile è la famiglia: il numero di episodi aumenta proporzionalmente se l'abitudine attiva al fumo riguarda uno o ambedue i genitori” - spiega **Roberto Dal Negro**, Responsabile CESFAR, Centro Nazionale Studi di Farmacoeconomia e Farmacoepidemiologia Respiratoria di Verona. Un nuovo filone di ricerca segnala come all'origine della tosse esista una condizione peculiare dell'ospite: di fatto, una esagerata risposta e reattività delle fibre nervose distribuite a livello bronchiale nei confronti dei comuni stimoli tussigeni, fa sì che in alcuni soggetti, più di altri, la tosse persista più a lungo e diventi una vera e propria condizione patologica di fondo.

Purtroppo fin dal primo episodio l'approccio terapeutico è spesso quello dell'antibioticoterapia e dei corticosteroidi, sia negli adulti che nei giovani: un approccio non giustificato in quando la tosse in oltre il 90% dei casi è di origine virale nella popolazione giovanile e nel

70% negli adulti. La terapia ottimale è basata sull'identificazione della causa e su una terapia specifica diretta ad eliminare la patologia in causa o i meccanismi fisiopatologici che la determinano. Le linee guida Chest suggeriscono di non prescrivere corticosteroidi inalatori nei pazienti adulti con tosse cronica inspiegabile e test negativi per l'iperreattività bronchiale e senza eosinofilia (eosinofili nell'espettorato, ossido nitrico esalato) (Grado 2B).

## ► Impatto economico e percezione dei pazienti

L'impatto economico della tosse è molto elevato: ogni episodio costa mediamente 300 euro (tra costi diretti e indiretti) ed è facilmente intuibile come tale cifra moltiplicata per il numero degli episodi ricada direttamente sul cittadino, in quanto solo il 6-7% dei costi dei trattamenti è a carico del Ssn. Inoltre nel 20% dei pazienti con tosse persistente la causa rimane poco chiara e non arriva a una diagnosi specifica e va segnalato anche che la tosse di origine psicogena è una condizione rara negli adulti. In alcuni casi il percorso diagnostico è molto complesso e richiede indagini dall'alto costo.

Una recente survey ha registrato alcuni punti meritevoli di riflessione: solo un italiano su tre si riferisce al proprio medico, ma quando la tosse è già persistente. La tosse nei bambini è molto più temuta che negli adulti. La maggior parte degli italiani ha una posizione corretta e conservatrice su antibiotici e

steroidi contro la tosse, ha molta fiducia nella somministrazione per via aerosolica. I farmaci antitussigeni sono apprezzati e l'atteggiamento e l'interesse per i rimedi omeopatici sono elevati (Dal Negro et al, 2016).

## Cause di tosse persistente

Nel soggetto adulto non fumatore, dopo aver indagato l'eventualità dell'esposizione al fumo passivo, l'anamnesi attenta e puntuale è cruciale e la diagnosi è sostanzialmente di tipo probabilistico. La letteratura scientifica e le linee guida dell'American College Chest Physician, American Thoracic Society, European Respiratory Society e indicazioni italiane concordano che la tosse persistente in assenza di altre cause ha fondamentalmente cinque cause, alle quali può essere ricondotta la maggior parte degli episodi:

- sindrome delle vie aeree superiori (*post-nasal drip*);
- sindrome post-infettiva delle infezioni respiratorie ricorrenti;
- reflusso gastroesofageo;
- asma;
- utilizzo di farmaci tussigeni.

Ovviamente per i casi più complessi sono necessarie indagini approfondite.

## Bibliografia

\* Dal Negro RW et al. *Multidiscip Respir Med* 2016; 11: 34.

\* Dal Negro RW et al. *Multidiscip Respir Med* 2018; 13:7.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Dal Negro

# Progetto Valore in Prevenzione: come ottimizzare le politiche vaccinali in Italia

Un Progetto articolato realizzato con l'obiettivo di ottimizzare le politiche vaccinali in Italia per massimizzare l'efficacia della prevenzione e l'uso razionale delle risorse

In occasione dell'evento "Value Based Prevention, Programmare, Organizzare, Gestire e Comunicare le politiche vaccinali in Italia", tenutosi a Roma, sono stati presentati i risultati del progetto Valore in Prevenzione, realizzato con l'obiettivo di ottimizzare le politiche vaccinali in Italia per massimizzare l'efficacia della prevenzione e l'uso razionale delle risorse.

Spiega **Carlo Favaretti**, di VIHTALI, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e coordinatore del Progetto: "Abbiamo realizzato un rapporto dedicato al valore nella prevenzione. È stata un'iniziativa di Fondazione Smith Kline, che ha affidato a noi di VIHTALI, spin off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il coordinamento scientifico di un gruppo più vasto che ha incluso CERGAS SDA Bocconi e il Center for Digital Health Humanities".

Nell'ambito dell'evento è stato presentato il paper, contenente i principali risultati del progetto, pubblicato sulla rivista Tendenze Nuove della Fondazione Smith Kline, e un sito web - [www.gemmaeivaccini.it](http://www.gemmaeivaccini.it) - dedicati a "comunicare i vaccini" in modo nuovo. L'obiettivo è quello di dare valore all'esperienza anche emotiva dei vaccini, attraverso una comunicazione che integra dati scientifici e storytelling.

## ► Il progetto

Lo studio ha messo in relazione le prove di efficacia con le strategie e i pro-

getti che le istituzioni, l'accademia e le società scientifiche hanno promosso in Italia per rispondere alle principali sfide in ambito di definizione delle priorità e programmazione, organizzazione, gestione e comunicazione delle politiche vaccinali.

Scopo del progetto è stato di proporre un quadro logico per la valutazione e il miglioramento continuo del sistema vaccinale secondo un'ottica "value-based" e di gestione razionale delle risorse. Per questo è stata presa in considerazione la letteratura scientifica e "grigia" sulla tematica della prioritizzazione dell'offerta vaccinale e sulle strategie per la promozione e l'implementazione dei programmi vaccinali considerati prioritari. A partire da tali evidenze e da interviste a referenti regionali, è stato possibile stilare 10 raccomandazioni per rendere più omogenea sul territorio nazionale l'implementazione del piano nazionale vaccini e, in prospettiva, più strutturata la definizione di priorità in ambito vaccinale.

Oltre al lavoro di analisi della letteratura scientifica è stata svolta un'analisi di mappatura dei progetti regionali per la promozione della vaccinazione da cui è evidente lo sforzo in atto, ma con differenti velocità tra le differenti Regioni.

È emersa anche l'importanza di prevedere un sistema più strutturato e condiviso della definizione delle priorità nel campo dell'offerta vaccinale, che incorpori in modo più sistematico ma anche critico le evidenze di impatto economi-

co, e di verifica sistematica del raggiungimento del livello di copertura vaccinale allo scopo di implementare eventuali modelli di abbattimento dei costi da correlarsi al raggiungimento della copertura. Una volta terminata la fase di analisi e la definizione delle raccomandazioni, l'obiettivo a breve termine è realizzare un progetto pilota che coinvolga i SSR condiviso con i professionisti, i cittadini e le istituzioni, per verificare la fattibilità delle proposte e/o raccomandazioni avanzate dal Gruppo di Progetto.

Dal punto di vista della comunicazione è emerso in primis che quando si comunica la scienza, i fattori emotivi possono essere cruciali. La prima cosa alla base della comunicazione della scienza è l'ascolto, delle paure, dei dubbi. Questo vale soprattutto per i vaccini, per cui il dibattito è tuttora molto acceso. A tal fine può essere utile il ricorso allo storytelling quale strumento integrativo alle strategie di comunicazione della promozione vaccinale diretta al singolo cittadino (attraverso il web, con il sito [www.gemmaeivaccini.it](http://www.gemmaeivaccini.it)) e a supporto dei singoli professionisti, materiali dedicati e formazione complementare alla narrazione.



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