

M.D.

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

Anno XXVI, numero 6 - settembre 2019

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**La nuova Convenzione
tra pre-intesa
e legge di Bilancio**

DIAGNOSTICA

30

**Una carotide
"inappropriata"...**

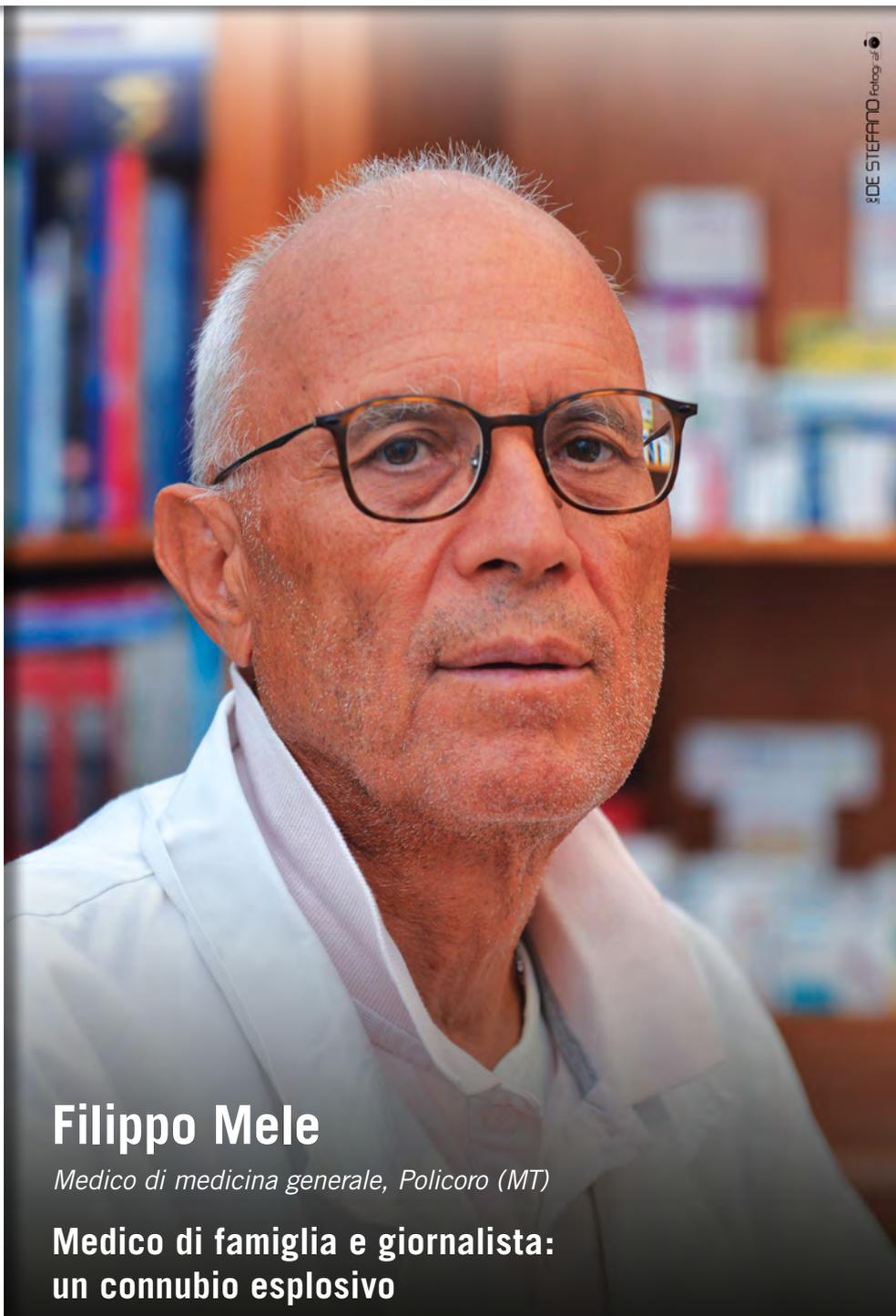
CONGRESSI

38

**Meeting europeo
su ipertensione
e protezione cardiovascolare**



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



Filippo Mele

Medico di medicina generale, Policoro (MT)

**Medico di famiglia e giornalista:
un connubio esplosivo**

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**
Medico di famiglia e giornalista: un connubio esplosivo 5
- **Focus on**
La nuova Convenzione tra pre-intesa e legge di Bilancio 6
- **Indagini**
L'accesso e la qualità delle cure nel nostro Paese non sono uguali per tutti 8
- **Contrappunto**
Per il Ssn e la Medicina Generale speriamo in bene... 10
- **Tribuna**
La spada di Damocle del burnout nell'esercizio della professione 12
- **Prospettive**
Incarichi a medici in formazione? C'è chi mette in guardia dai rischi 16
- **Appunti**
Preparazione clinica e competenza salveranno la Medicina di Famiglia 17
- **Italia sanità**
Emilia Romagna, intesa con la Fimmg per una nuova sanità regionale 22

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Dal congresso ESC nuove indicazioni e linee guida 24
- **Dermatologia**
Cambiamenti climatici: effetti sulla pelle e malattie correlate 25
- **Diabetologia**
Resistenza all'insulina nel "pre-prediabete" e rischio CV 26
- **Nefrologia**
Suggerimenti per evitare le recidive dei calcoli renali 27
- **Otorinolaringoiatria**
Gestione dell'otite acuta esterna diffusa 28
- **Pneumologia**
La fibrosi cistica è diventata una malattia anche dell'adulto 29

CLINICA E TERAPIA

- **Diagnostica**
Una carotide "inappropriata"... 30
- **Farmacovigilanza**
Una strana discromia della lingua 32
- **Pratica medica**
Diagnosi tardiva di stenosi aortica in paziente anziana 36
- **Congressi**
Meeting europeo su ipertensione e protezione cardiovascolare 38
- **Terapia**
Arteriopatia obliterante periferica degli arti inferiori: attuali approcci terapeutici 40
- **Counselling**
Modelli relazionali tra medico e paziente 42
- **Prevenzione**
Sedentarietà e rischio di mortalità 46

Medico di famiglia e giornalista: un connubio esplosivo

Il titolo dell'articolo non è ironico, visto che, come ci racconta **Filippo Mele**, Medico di medicina generale di Policoro (MT) e collaboratore di *M.D. Medicinæ Doctor* di lunga data, ha dovuto fare i conti con una bomba carta che ignoti hanno gettato sul tetto della sua casa. Un'eventualità a cui spesso non possono sottrarsi i giornalisti che si occupano di cronaca e criminalità in contesti a rischio. La violenza sembra ormai essere diventata un tratto distintivo con cui alcune professioni devono fare i conti, soprattutto quelle che col tempo hanno perso il *social appeal* che le distingueva. Medici e giornalisti rientrano appieno in queste categorie.

"Svolgere l'attività di medico di famiglia e quella di giornalista - dichiara Mele - attualmente comporta molti più oneri che onori, soprattutto nelle relazioni, quelle con i lettori e quelle con gli assistiti. C'è un inasprimento delle relazioni che spesso esita in aggressività e violenza. Come medici di famiglia siamo costretti a dire molti no ai nostri pazienti che ci fanno sempre più richieste di ogni tipo e talvolta illegittime. L'esercizio della nostra professione è messa a dura prova da lacci e laccioli burocratici. Inoltre non possiamo non considerare di essere il *front office* di un Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) sempre più in crisi, la cui declinazione regionale non aiuta. Non è quindi un caso che i nostri pazienti ci attribuiscono responsabilità che non sono nostre, ma vanno attribuite ai limiti organizzativi del Ssn".

"Il risultato di tutti i nostri 'no' quotidiani - tiene a sottolineare - esita nella sindrome di burnout con l'aggravante della perdita di assistiti. Sul collo di ogni medico di famiglia, infatti, che lavora in regime di concorrenza, pende la spada di Damocle della ricusazione. Il cittadino, infatti, può cambiare Mmg, senza alcuna giustificazione". Ma questo problema, vista l'attuale carenza dei medici, è destinato ad affievolirsi.

"Il fondamento della nostra professione è la relazione con i nostri assistiti, il rapporto di fiducia che dovremmo instaurare ed è proprio qui che bisogna agire. Motivo per cui, tra le varie proposte messe in campo per arginare il clima di violenza e di aggressività che ci circonda, ho guardato con una certa positività al progetto 'La cura della coppia medico-paziente'. Si tratta di un decalogo di Cittadinanzattiva-Tdm e FNOMCeO contenente 5 diritti e 5 doveri sia del paziente sia del medico. Il documento è stato adottato nel 2017 e, nonostante sia stato molto pubblicizzato, purtroppo non ha sortito gli effetti sperati". Probabilmente bisognerebbe agire su più fronti, soprattutto riempiendo di contenuti la tanto osannata centralità del medico di medicina generale nel Ssn, fornendogli strumenti appropriati e non armi spuntate.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Filippo Mele

La nuova Convenzione tra pre-intesa e legge di Bilancio

Malgrado le dichiarazioni di soddisfazione, seppur con i vari distinguo, i sindacati di categoria non nascondono la preoccupazione per la strada tutta in salita che porterà al rinnovo dell'Acn consapevoli del fatto che per poter imprimere una vera propria svolta e modernizzare la Medicina Generale siano necessarie nuove risorse. E intanto si aspetta la prossima legge di Bilancio per sciogliere le riserve

È stato unanime il coro di soddisfazione da parte dei sindacati di categoria relativo alla sigla della pre-intesa con le Regioni per il rinnovo della Convenzione dei medici di medicina generale. Con il preaccordo sono andati a buon fine alcuni obiettivi come il recupero degli arretrati e degli incrementi (2019) relativi alla *vacatio* contrattuale, l'inserimento nella Medicina Generale dei giovani medici in formazione, per garantire un più facile e veloce accesso alla professione nelle Regioni dove si registra la carenza di medici.

"Con tale pre-intesa - si legge nella nota della Sisac, firmata dal coordinatore Antonio Maritati - in attuazione degli atti di indirizzo ricevuti, si concorda l'assegnazione di una parte delle risorse contrattuali disponibili per il triennio 2016-2018, con erogazione nei limiti dell'1,84% degli arretrati riferiti all'anno 2018 e degli incrementi a far data dal 1 gennaio 2019. L'intesa è finalizzata altresì alla formalizzazione di un serrato percorso per concludere la trattativa normativa ed economica del triennio 2016-2018 entro il 31 dicembre 2019". Nel verbale, infatti, troviamo la ca-

lendarizzazione degli incontri previsti per arrivare a centrare l'obiettivo prefissato.

"Chiusa la partita degli arretrati e degli incrementi a tutto il 2019 (88 milioni di euro), e ottenuto formalmente la possibilità di inserimento nella Medicina Generale dei medici in formazione - ha tenuto a precisare il segretario generale della Fimmg **Silvestro Scotti** - secondo un percorso tracciato dall'Acn, non possiamo che esprimere la nostra soddisfazione per il risultato raggiunto, e dobbiamo dirci soddisfatti anche per l'unità trovata con tutti i rappresentanti delle altre sigle sindacali. Abbiamo calendarizzato le sedute delle prossime trattative, siamo fiduciosi di giungere in tempi ragionevoli alla firma di una convenzione che veda un rilancio reale di un medico di medicina generale in grado di svolgere un vero ruolo di traino del Servizio Sanitario Nazionale nel territorio".

Toni compiacenti anche dallo Smi: "Finalmente i medici riescono a recuperare tutti gli arretrati della *vacatio* contrattuale e si aprono le porte ai giovani medici per un più facile e veloce accesso alla professione nelle Regioni dove si re-

gistra carenza dei medici". È quanto ha dichiarato **Pina Onotri** segretario generale dello Smi.

Per il presidente dello Snam **Angelo Testa** la pre-intesa siglata segna un nuovo step per la professione dei giovani medici e finalmente mette la parola fine al recupero degli arretrati e degli incrementi economici dei Mmg. Una voce fuori dal coro degli entusiasmi e piuttosto polemica è quella di Fismu che relega la firma del preaccordo ad un atto dovuto: "Un piccolo passo avanti per i medici di medicina generale. Ma solo questo, un atto dovuto - si legge sulla pagina facebook del sindacato a commento della nota stampa della Sisac - che oltretutto deve ancora avere il via libera della Parte Pubblica. La nuova Convenzione è un'altra cosa, forse ancora lontana, e questa pre-intesa riguarda poche questioni: arretrati, decreto Calabria e crescita sulla formazione. Il resto sono solo chiacchiere".

► Siamo o non siamo alla svolta?

Col passare delle ore dalla sigla dell'atto, le dichiarazioni entusiaste si affievoliscono e si fa largo

un certo pessimismo sulla possibilità di essere finalmente arrivati alla svolta che porterà alla modernizzazione della Medicina Generale e dell'assistenza territoriale.

Non è un caso che Silvestro Scotti nel dare rilevanza positiva al percorso di incontri messo nero su bianco nella pre-intesa precisa: "È un passo importante che testimonia la volontà di condividere un percorso con Regioni e Sisac. Ora non c'è due senza tre e mi impegnerò per chiudere la trattativa entro l'anno, sciogliendo anche i nodi delle risorse per potenziare le attività dei medici di famiglia e sui modelli organizzativi per rendere la Medicina Generale ancora più adeguata ai bisogni di salute dei cittadini".

Il tema delle risorse e degli investimenti connota anche le dichiarazioni di Angelo Testa per il quale la sigla della pre-intesa sancisce l'impegno delle parti ad affrontare entro la fine dell'anno i temi sulla futura organizzazione del comparto e soprattutto a reperire nuove risorse economiche per poterne accelerare il processo di modernizzazione.

"Snamì continua la sua azione sindacale attraverso una piattaforma di richieste da mandare avanti per la modernizzazione delle cure territoriali. Innanzitutto - ha tenuto a precisare il presidente dello Snamì - dobbiamo arrivare all'informatizzazione di tutti i comparti della sanità, perché viaggino i dati e non le persone ed eliminare completamente il cartaceo attraverso una estensione del fascicolo sanitario elettronico e la diffusione della telemedicina e teleconsulto. Al di là dei termini usati ed in-

flazionati di pool, team, équipe, squadra, dobbiamo arrivare ad una collaborazione di professionisti tra medici, infermieri e amministrativi, ognuno con un proprio ruolo ben distinto e coordinati dal medico di medicina generale, attraverso una rete di riferimento. Indispensabile sconfiggere la burocrazia stupida e soprattutto gestire la cronicità e lavorare per la prevenzione medica. Lo Sato dovrà investire nelle cure territoriali e non tagliare i servizi essenziali".

► La decisione a sorpresa della Fimmg

"Lo sviluppo dell'assistenza territoriale necessita non di una ridefinizione del rapporto contrattuale attuale, ma di una nuova visione organizzativa e delle dotazioni tecnologiche e di personale utili a dare una risposta assistenziale coerente. Lo stallo a cui assistiamo provocherà un chiaro e colpevole omicidio del Ssn, iniziando dall'indebolimento della figura centrale del medico". Sono queste le parole di Silvestro Scotti con cui a luglio ha proclamato lo stato d'agitazione dei medici di medicina generale. La firma della pre-intesa di fatto testimonierebbe la fine dello stallo della trattativa, ma non basta alla Fimmg per tornare sui suoi passi e ritirare lo stato d'agitazione. C'è la madre di tutte le battaglie da affrontare: il nodo delle risorse necessarie a potenziare le attività dei medici di famiglia. Come ribadito più volte dal segretario nazionale c'è bisogno di un chiaro segnale dalla politica attraverso investimenti nella medicina di famiglia con

provvedimenti specifici e finalizzati in finanziaria. E che questa questione sia dirimente è ben evidente nella mozione finale approvata dalla Fimmg nell'ultimo Consiglio Nazionale in cui si legge:

"Pur riconoscendo nella pre-intesa del 5 settembre un significativo passo avanti per il rinnovo complessivo dell'Acn, per il quale è stato condiviso dalle parti l'impegno ad accelerarne la definizione con un serrato calendario di incontri, considerato che, a seguito della crisi di governo e della successiva formazione del nuovo governo, in attesa delle necessarie interlocuzioni e incontri, sicuramente urgenti, con i ministeri competenti, non esistono impegni governativi di investimento economico (riduzione IVA, decontribuzione per il personale di studio, iper-ammortamento, strumenti impresa 4.0) da ricavarsi nella prossima legge di stabilità necessari allo sviluppo dei micro-team in cui il medico di medicina generale trovi supporto di personale di studio e per l'introduzione di tecnologie di diagnostica digitale e di telemedicina nella gestione della presa in carico e di altri strumenti innovativi (intelligenza artificiale) e in ulteriori provvedimenti legislativi per quanto dettagliato nelle motivazioni dello stato di agitazione (...). Ragioni per cui lo stato d'agitazione continua.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il verbale della pre-intesa per il rinnovo dell'ACN della MG

L'accesso e la qualità delle cure nel nostro Paese non sono uguali per tutti

È quanto si evince dalla presentazione del XVII Rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva. Dal riconoscimento dell'invalidità e dell'handicap al sostegno psicologico, dalle liste di attesa per visite ed esami all'accesso ai farmaci, i cittadini con malattie croniche e rare sperimentano sulla loro pelle che l'accesso e la qualità delle cure in Italia è strettamente legato al luogo di residenza

Dal riconoscimento dell'invalidità e dell'handicap al sostegno psicologico, dalle liste di attesa per visite ed esami all'accesso ai farmaci, i cittadini con malattie croniche e rare sperimentano sulla loro pelle che l'accesso e la qualità delle cure nel nostro Paese non è uguale per tutti. A certificarlo il XVII Rapporto sulle politiche della cronicità, dal titolo "Regione che vai, cura che trovi (forse)", presentato di recente a Roma da Cittadinanzattiva, con il sostegno non condizionato di MSD.

Tali disuguaglianze non sono state colmate dal Piano Nazionale Cronicità (PNC). Sebbene il PNC sia stato ormai formalmente recepito da 15 Regioni, esso risulta, nella maggior parte dei territori, profondamente disatteso nei fatti come dimostrano i dati forniti dalle 47 Associazioni del CnAMC che hanno partecipato all'indagine.

► I dati

Il XVII Rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva evidenzia che la prevenzione resta la Cenerentola della sanità italiana: soltanto una associazione su tre certifica la realizzazione di corsi di prevenzione a livello nazionale che, in oltre l'80% dei casi, sono promossi dalle stesse associazioni. Oltre l'80% denuncia ritardi nel-

la diagnosi, imputabili alla scarsa conoscenza della patologia da parte di medici e pediatri di famiglia (70%) e al poco ascolto del paziente (42%).

Molto carente l'integrazione tra assistenza primaria e specialistica (lo denuncia il 73%), così come la continuità tra ospedale e territorio (69%); il 41% denuncia inoltre la mancata personalizzazione delle cure. Più di due associazioni su tre (68%) denunciano lunghe liste di attesa: ad esserne afflitti soprattutto i pazienti di Lazio, Campania e Calabria. Solo una su tre afferma che visite ed esami per la gestione della patologia sono prenotati direttamente dallo specialista, mentre la maggioranza dei cittadini deve provvedere autonomamente, attraverso il CUP (60%) o recandosi direttamente agli sportelli ospedalieri (28%). I Piani di cura personalizzati sono attuati solo in alcune realtà e per il 40% delle associazioni non esistono affatto. Anche i PDTA, laddove esistono, valgono solo per alcune patologie e soltanto in alcune Regioni. In tema di assistenza ospedaliera, il 70% lamenta di doversi spostare dalla città in cui risiede; il 53% denuncia la mancanza di personale specializzato, uno su tre lunghe liste di attesa per il ricovero.

Non sono pochi i casi di chi è costretto a pagare una persona che l'assistente durante il ricovero (lo denuncia il

23%) ed anche i casi di chi si porta i farmaci da casa (17%). Nel caso delle RSA e lungodegenze, il primo problema è accedervi a causa delle lunghe liste di attesa (63%), segue come problematica la mancanza di specialisti (37%) e la necessità di pagare una persona per assistere il malato (26%). La riabilitazione non è totalmente garantita dal Ssn, visto che per un'associazione su cinque il cittadino deve integrare a proprie spese per avere le ore sufficienti e uno su tre deve addirittura provvedere privatamente del tutto. Non va meglio per l'assistenza domiciliare che, secondo l'82% delle associazioni, viene erogata solo in pochi casi; inoltre per il 70% le ore non sono comunque sufficienti, per il 53% mancano figure specialistiche, in particolar modo lo psicologo. Nell'ambito dell'assistenza protesica ed integrativa, quasi il 60% lamenta tempi troppi lunghi per l'autorizzazione, e più della metà la necessità di sostenere delle spese per l'acquisto di protesi, ausili e dispositivi non erogati dal Ssn. Inoltre, una associazione su quattro rivela che i pazienti devono pagare di tasca propria per acquistare protesi ed ausili in quantità sufficiente, o di migliore qualità, o più adatti ai propri bisogni. Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, in cima ai problemi si trova la spesa

economica per farmaci in fascia C o a causa delle limitazioni di budget da parte delle Asl o aziende ospedaliere (41%); segue la limitazione di prescrizione da parte del medico di medicina generale e pediatri (28%).

A detta del 54% delle associazioni, i bisogni psicosociali non sono presi in considerazione: in particolare, mancano le forme di sostegno psicologico e di tutela sul lavoro (65%) nonché le forme di sostegno economico (51%). Altra nota dolente, l'aderenza terapeutica: per il 46% risulta difficile a causa dei costi indiretti, come i permessi sul lavoro o gli spostamenti; per il 30% a causa delle difficoltà burocratiche connesse alla terapia; per il 22% a causa della indisponibilità in farmacia o perché la terapia è troppo costosa. Per quanto riguarda l'umanizzazione delle cure, gli elementi sui quali bisognerebbe maggiormente agire sono la mancanza di aiuto nella gestione della patologia, coniugata con la mancanza di ascolto da parte del personale sanitario (74%). Altri due aspetti che rendono particolarmente gravosa la vita delle persone affette da patologie croniche e rare sono le liste d'attesa (68%) e la burocrazia inutile (55%). Ad essere, poi, ancora oggi sottovalutato è il dolore, sia quello fisico che quello psicologico (53%).

A detta del 54% delle associazioni, i bisogni psicosociali non vengono presi in considerazione: in particolare, mancano le forme di sostegno psicologico e di tutela sul lavoro (65%) nonché le forme di sostegno economico (51%). Altra nota dolente, l'aderenza terapeutica: per il 46% risulta difficile a causa dei costi indiretti, come i permessi sul lavoro o gli spostamenti; per il 30% a causa delle difficoltà burocratiche connesse alla terapia; per il 22% a causa della indisponibilità in farmacia o perché la terapia è troppo costosa. Per quanto riguarda l'umanizzazione delle cure, gli elementi sui quali bi-

Sintesi delle principali voci di costo annuali per i pazienti con malattie croniche e rare

Principali costi annuali privati per patologie croniche e rare	Importo massimo segnalato (€)
Retta strutture residenziali o semi residenziali	60.000
Adattamento dell'abitazione	60.000
Badante	25.000
Protesi ed ausili non rimborsati	7.000
Supporto psicologico	5.000
Visite specialistiche e riabilitazione a domicilio	5.000
Visite specialistiche intramoenia	3.500
Farmaci non rimborsati	3.000
Parafarmaci	2.000
Viaggi per motivi di cura	2.000
Dispositivi medici monouso	2.000
Esami diagnostici intramoenia	1.500

Fonte: XVII Rapporto CnAMC - Cittadinanzattiva

sognerebbe maggiormente agire sono la mancanza di aiuto nella gestione della patologia, coniugata con la mancanza di ascolto da parte del personale sanitario (74%). Altri due aspetti che rendono particolarmente gravosa la vita delle persone affette da patologie croniche e rare sono le liste d'attesa (68%) e la burocrazia inutile (55%). Ad essere, poi, ancora oggi sottovalutato è il dolore, sia quello fisico che quello psicologico (53%).

► Che fare?

“In questo quadro, è evidente che vada affrontato con urgenza il tema delle disuguaglianze, soprattutto alla luce del dibattito sul regionalismo differenziato”, ha dichiarato **Antonio Gaudio**, Segretario generale di Cittadinanzattiva. “Per questo, abbiamo avanzato una proposta di riforma costituzionale che incida sull'articolo 117, introducendo come elemento di garanzia per la tutela della salute il riferimento esplicito al diritto del singolo individuo e il richiamo al principio di sussidiarietà per consentire ai

livelli istituzionali più alti di intervenire qualora quelli più prossimi ai cittadini non garantiscano i servizi. La campagna *La salute è uguale per tutti* (www.diffondilasalute.it) è stata già sottoscritta da oltre 80 realtà del *non profit* e delle professioni, e accolta già alla fine della passata legislatura da un ampio fronte bipartisan. Ci batteremo affinché la stessa sia presto calendarizzata in Parlamento.

“Allo stesso tempo - ha tenuto a sottolineare Gaudio - crediamo che per colmare le differenze territoriali così evidenti sia necessario dare piena attuazione al Piano Nazionale Cronicità, anche attraverso l'emanazione da parte delle Regioni delle delibere applicative. Vigileremo affinché, come stabilito dalla nuova bozza del Patto per la Salute, si proceda finalmente ad un riordino dell'assistenza territoriale con l'emanazione di un provvedimento, analogamente a quanto già fatto per l'assistenza ospedaliera con il DM 70/2015, che dia omogeneità ai servizi territoriali sociosanitari e risponda realmente ai bisogni di salute della popolazione”.

Per il Ssn e la Medicina Generale speriamo in bene....

Dal ribaltone politico di mezza estate abbiamo ereditato una nuova figura al vertice della sanità nazionale. Non riteniamo interessante parlare di valutazioni politiche, ma piuttosto di alcune valutazioni preliminari anche alla luce dell'ennesima pre-intesa che, tra l'altro, viene firmata con una tempistica machiavellica, a ridosso dell'insediamento del nuovo Ministro della Salute.

In realtà queste intese ibride sono spesso contenitori vuoti, lastricati di buone intenzioni, che demandano sempre la Medicina Generale a futuri contratti

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu, Emilia Romagna

Personalmente mi piacerebbe riuscire a vedere all'opera, prima o poi, come tesi espressa da tempo, una figura professionalmente nuova come un vero *manager* sanitario in contrapposizione a quella progettualità da *bar dello sport* degli ultimi ministeri.

Da sempre ci si interroga, tra gli addetti ai lavori, se possa essere più performante aver a capo della sanità un medico od un politico. Certamente il politico, qualora riuscisse a circondarsi di figure tecniche efficienti, potrebbe essere meno ancorato del medico alla stratificazione emozionale del suo vissuto professionale ed alla pressione che riceverebbe da un ambiente che tenterebbe di condizionarlo in mille modi, ma tuttavia scunterebbe sempre troppo in relazione all'ideologia che rappresenta.

In ogni caso la sanità moderna, che dovrebbe scartare i facili teoremi sostituendoli con precise equazioni, richiede ormai una conoscenza che non si può assolutamente improvvisare, e che, comunque, pretende di essere for-

giata da anni di lavoro e di comprensione delle problematiche generali dell'area: alla fine solamente il risultato dato dalla somma del valore della capacità personale del Ministro e di quella dei suoi collaboratori conta sulla performance offerta dal ministero.

Visto il clima da fine della storia che ha caratterizzato quest'ultimi anni della Medicina Generale, dove in assenza di un progetto serio si è continuato a navigare a vista, ecco che comprendo il commento di molti colleghi che alla notizia della nomina di **Roberto Speranza** al ministero della Salute mi hanno risposto: "mah...speriamo bene"!

E la speranza è sempre l'ultima a morire in un'area, come quella abitata dai medici di medicina generale, dove ormai c'è la consapevolezza che negli anni si sia anteposto sempre più il bene di una sparuta oligarchia, destinata a ben visibili e remunerati incarichi aziendali, contrapponendolo a quello della truppa che combatte la sua battaglia quotidiana in prima linea negli studi di Medicina Generale.

► **Ministro ad indirizzo laico**

Certo Speranza in virtù della sua formazione e militanza politica sembrerebbe essere il ministro più laico che la sanità abbia mai avuto. Non dimentichiamoci che nel marzo 2018 l'attuale ministro ha presentato assieme ad una nutrita schiera di compagni di partito una proposta di legge da cui credo attingerà una serie di idee che sono già state presentate nella stessa: abolizione del super-ticket, della quota fissa della ricetta, la ridefinizione del finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale e allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario, supportata da una serie di attente analisi sui costi e sul finanziamento da parte dello Stato e delle quote regionali.

Ma aldilà di questo, forse alcuni addetti ai lavori sono apparsi più preoccupati dagli effetti che una visione oltremodo laica dell'assistenza sanitaria potrebbe avere sul sistema stesso. Penso ai grandi temi morali inerenti a aspettati-

ve e qualità della vita e ai diritti degli ammalati di determinare il proprio destino e a tutte quelle problematiche riguardanti la sfera procreativa che fanno e faranno discutere molto la politica.

► I Mmg e le pre-intese ibride

Chi esercita da anni la professione di medico di medicina generale è pervaso dal desiderio di un cambiamento sostanziale che modifichi il crinale impervio su cui i Mmg sono costretti a muoversi. Motivo per cui l'enfasi data di recente alla sigla della pre-intesa non sortisce gli effetti desiderati. Siamo ormai avvezzi a preaccordi di cui si fa molto fatica ad inquadrarne ed analizzarne i contenuti se non con la facile lettura dell'assegnazione delle quote di arretrati che, in ogni caso, avrebbero dovuto essere comunque elargite come da precedenti intese.

Con la codificazione di questa prassi il Mmg si sente esposto ad un ulteriore declassamento che riguarda la sua rappresentanza sindacale. Anche in questo campo si sente "minus" rispetto ad altre categorie, si sente impantanato in una contrattazione viziata dal tentativo della conservazione di forti interessi personali appartenenti più ai rapporti di potere sindacale che a quelli inerenti la categoria.

Come da copione queste intese vengono sempre siglate in momenti politici particolari e segnati da avvicendamenti. Così a "Ministra ancora calda" e con il nuovo Ministro appena "informato" si va a proporre una serie di indirizzi situati in quella terra di nessuno rappresentata da una cronica mancanza di progetto - *walking in a wild* - (*camminando in un posto*

selvaggio, famosa canzone di Lou Reed sarebbe stata proprio una bella colonna sonora per questo nuovo pasticcio). Presupposto che il fulcro dell'azione sanitaria territoriale sia il medico di medicina generale, se vogliamo fare crescere il territorio dobbiamo investire in esso sia in termini di uomini sia di risorse diagnostiche usufruibili dai Mmg nei loro studi. Ma speriamo in bene, dicono i nostri colleghi. Certo che si fa veramente fatica da Sirchia (compreso) in poi ad individuare una figura ministeriale che non abbia navigato a vista; nel caso di Balduzzi poi l'eredità legislativa andava pure a scrivere regole che non piacevano a nessuno partorite in chissà quale mondo parallelo.

Le ultime due Ministre, a nostro modesto parere, non lasciano nulla ai posteri, nel bene e nel male, se non sancire l'era delle pre-intese: ben poca roba e procedure legiferative dilettantistiche con discussioni da bar dello sport. E intanto i giovani ricercatori e i talenti della medicina nazionale continuano a cercare fortuna altrove anche a causa di una mancanza di progetti, leggi e remunerazioni idonee. Inoltre siamo sempre più convinti che il vero *brand* del sistema sia il medico di medicina generale: utilizzando e rischiando la propria professionalità per garantire l'assistenza, tiene in piedi il Ssn.

Da tempo sosteniamo che se tutti i medici di medicina generale, già fortemente demoralizzati e demotivati, si esprimessero al limite minimo sindacale, senza metterci nulla di proprio, il sistema collasserebbe in pochissimo tempo.

L'organizzazione della medicina generale, le forme associative, le case della salute sono corollari

importanti, ma la vera risorsa per un cambiamento strutturale è racchiusa nella forza del ruolo che viene realmente assegnato ai Mmg e ai loro ambulatori: un punto strategico nella gestione del territorio, un vero e proprio presidio ed il luogo in cui il medico potrebbe diventare il regista di un sistema di servizi efficaci.

Da sempre siamo stati convinti che il fondamentale compito delle Aziende sanitarie dovrebbe essere quello di mettere il medico di medicina generale e, parimenti, quello di continuità assistenziale nelle condizioni di poter lavorare bene, dove a questo punto il sistema stesso si auto-modulerebbe sulla efficacia alle risposte assistenziali.

Troppo spesso le Aziende si sono confermate come mere esecutrici delle politiche regionali non avendo mai mostrato una vera autonomia strategica "aziendale" basata sulla trasparenza che si sarebbe potuta esprimere attraverso la comunicazione, la motivazione e la meritocrazia degli operatori.

Allora avanti tutta sempre navigando a vista. Perché quindi fermarsi alle case della salute e non fare le Città della Salute? No, anzi spingiamoci al Territorio della Salute così mettiamo dentro tutto e riempiamo il contenitore.

Crediamo che in questi anni si sia sempre creato un *hardware* senza pensare a dotare il sistema del *software* per farlo funzionare. Come facciamo a farlo funzionare? Il nostro *software* è il Mmg. Quindi, caro Ministro visto che *nomen omen*, dacci una speranza e rimetti al centro il medico di medicina generale che è il vero *brand* del Sistema Sanitario Nazionale.

La spada di Damocle del burnout nell'esercizio della professione

I giovani medici di famiglia dovranno fare sempre più i conti con questa problematica che interessa tutte le specializzazioni, ma nella Medicina Generale assume dei connotati peculiari legati alla solitudine in cui frequentemente il Mmg si trova ad operare e alla perdita di ruolo subita negli ultimi anni

Emanuele Zacchetti

Medicina Generale, Specialista in Neurofisiologia Clinica, Psicoterapeuta, Borgosesia (VC)

Ho letto con stupore e rabbia l'articolo del collega Filippo Mele (*M.D.* 2019; 4: 10), nel quale raccontava delle intimidazioni a lui pervenute da parte della criminalità organizzata della sua zona e dell'aggressione di un altro collega, da parte di un paziente, che gli procurava una frattura di femore. Mi sono interessato del fenomeno del *burnout*, sul quale avevo già scritto articoli pubblicati su questa rivista in anni precedenti. Ai fattori che contribuivano a creare il problema si aggiunge oggi il fenomeno dell'aggressività nei confronti dei medici, che peggiora una situazione già di per sé difficile. Nel mio articolo che trattava del *burnout* in Medicina, (*M.D.* 2009; 24: 23), ricordavo un collega ed amico Mmg, morto suicida nei primi anni della mia attività professionale. Di recente un altro collega della mia città si è tolto la vita nel suo appartamento situato sopra il mio ambulatorio. Semplice coincidenza o forse un filo lega questi eventi e li inserisce in un quadro di sofferenza professionale più complessa? Mentre il primo caso era legato ad un disturbo dell'umore

di tipo maggiore, il secondo caso è di più difficile valutazione in quanto non si potevano osservare aspetti psicopatologici evidenti, se non un carattere schivo ed introverso con scarsa espressione della emozionalità. Ogni suicidio rimane alla fine un mistero. In questi casi, che ho osservato personalmente, l'atto estremo si lega sicuramente anche al problema del *burnout*. A fattori genetici, a patologie organiche concomitanti, a difficoltà relazionali o di coppia, a situazioni di solitudine affettiva o a momenti difficili del normale ciclo di vita, si può aggiungere per un medico la difficoltà di affrontare, affidandosi soltanto alle proprie forze, una schiera di pazienti diventati più esigenti, problematici, difficili.

► La burocratizzazione

Su di un altro versante la "burocratizzazione" della professione ha acuito il disagio facendo percepire al Mmg stesso un senso di svalutazione del proprio operato, la percezione che una lunga ed impegnativa carriera universitaria sia finita in una quotidianità fatta solo

di certificati, ricette ripetute, controlli asfissianti da parte delle Asl. Il ruolo del medico è profondamente cambiato in questi decenni, dalla figura carismatica che assumeva in epoche precedenti si è passati, in particolare per il medico di famiglia, al medico impiegato che non riesce più a definire un ruolo che diventa sempre più variegato, ma lontano dall'immagine del professionista che ci si era costruiti durante gli anni universitari. Questo ruolo non attira più i medici giovani che scelgono altre specializzazioni ed optano per la formazione in MG quando non riescono ad entrare in altre corsi, visto il numero chiuso che ne limita l'accesso.

Il fenomeno del *burnout* interessa tutte le specializzazioni, considerando le condizioni difficili e con personale ridotto in cui molti medici si trovano ad esercitare, ma nella medicina di famiglia osservo un *burnout* particolare che si lega alla solitudine in cui frequentemente il medico si trova ad operare, alla perdita di ruolo che questa professione ha evidenziato ultimamente.

Dopo molti anni in cui ho esercita-

to come Mmg sono vicino a lasciare questa professione per dedicarmi soltanto all'attività specialistica, dalla quale ho avuto più soddisfazioni professionali e nella quale mi sono sentito più realizzato, malgrado il tempo limitato che ho potuto dedicargli. Un altro punto inquietante rende il nostro lavoro più problematico e riguarda i periodi di ferie e malattia. Ammalarsi o concedersi ogni tanto un periodo di riposo, diventa sempre più difficile o addirittura impossibile. I giovani medici, essendo ormai in numero ridotto, trovano incarichi di lavoro più stabili rispetto alle sostituzioni di Medicina Generale. Personalmente, non trovandone a disposizione, mi faccio sostituire da medici in pensione, ma secondo la nuova convenzione, questo tipo di sostituzione non sarebbe più possibile. Trovare delle soluzioni al *burnout* diventa a questo punto forse un'illusione.

► Le soluzioni

Vi sono alcuni punti da realizzare secondo me fondamentali per un recupero di un'immagine professionale ormai deteriorata. Il Mmg non deve più lavorare in solitudine, ma in gruppi di almeno quattro o cinque medici in poliambulatori almeno in parte gestiti dalle Asl, dove possano inserirsi a rotazione medici in formazione sia per la loro pratica professionale sia per aiutare i colleghi nei periodi di ferie o di malattia. Capisco che molti non valutano positivamente la possibilità di lavorare in gruppo, ma non vedo per il futuro soluzioni alternative. C'è bisogno di una segretaria-infermiera che lo aiuti a svolgere tutta quella attività burocratica che assorbe molto del suo tempo, purtroppo molti medici, vi-

ste le scarse entrate economiche, non si possono permettere questo ausilio.

La specializzazione deve essere strutturata in ambito universitario, dove i docenti siano medici di famiglia che svolgono funzioni di ricerca ed insegnamento, oltre alle loro abituali funzioni lavorative ambulatoriali da esercitare in collaborazione con gli specializzandi.

Il fenomeno del *burnout* non è completamente eliminabile nella nostra professione, fa parte di un'attività dove si lavora ai confini della vita e della morte, dove veniamo in contatto con emozioni forti legate a vissuti di malattia che molti pazienti elaborano con atteggiamenti di rabbia, sfiducia ed aggressività. Per questo motivo oggi la formazione psicologica del medico non dovrebbe essere più marginale. Il medico deve essere aiutato ad aiutare, deve essere formato a saper elaborare tecniche comunicative che gli permettano di superare situazioni di alta conflittualità con pazienti che alla lunga lo logorano e peggiorano la relazione che lui ha con loro.

Pur partendo da una visione pessimistica spero che i giovani medici di famiglia riescano a creare quel cambiamento profondo della MG che forse la nostra generazione non è riuscita a fare. Il grande pericolo è che nulla cambi. La Medicina Generale infatti al momento non attira tanti giovani medici, c'è quindi il rischio che si continui con il sistema lavorativo attuale con un massimale ancora più elevato e quindi con problematiche di stress più esasperate. Ho comunque la speranza che il lavoro in équipe, una formazione professionale continua, la possibilità di svolgere ricerca o insegnamento per chi lo desidera, lo sviluppo della psicolo-

gia medica ed un interesse verso questo ambito, possano essere dei baluardi per arginare in futuro la pericolosa deriva del *burnout*. Sarà anche importante ridurre il fenomeno della burocratizzazione che svilisce la nostra professione e usufruire di periodi di ferie e malattia, come avviene per i colleghi ospedalieri.

► La relazione medico paziente

La relazione medico paziente è cambiata in questi ultimi decenni ed è necessario che il medico, pur salvaguardando sempre la sua dignità, sia in grado di adattarsi meglio a problematiche sociali, relazionali ed esistenziali profondamente diverse da quelle che affrontava un medico di cinquant'anni fa. Come tutti gli altri esseri umani abbiamo ha debolezze, sbalzi d'umore, paure. Curare gli altri è il nostro compito, sia per le patologie organiche sia per quelle più propriamente psichiche, ma non si può cercare di nascondere o reprimere i nostri disagi, non parlandone con altri o non facendosi aiutare quando è necessario.

È nata un'associazione "Medico cura te stesso" presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia che si prefigge di studiare, prevenire e curare i disagi e le malattie dei *caregiver* della salute come medici e paramedici. Su queste iniziative bisogna proseguire e per il medico sarà fondamentale raggiungere una consapevolezza dei propri limiti, questo dovrà diventare un momento fondamentale per svolgere al meglio il compito di cura nei confronti dei suoi pazienti, ma anche per salvaguardare il suo equilibrio e migliorare la qualità della sua vita.

Incarichi a medici in formazione? C'è chi mette in guardia dai rischi

L'assegnazione ai medici in formazione di incarichi come medici di famiglia, seppur a tempo determinato, fin dal primo anno di corso prevista dalla pre-intesa per il rinnovo della Convenzione della Medicina Generale suscita delle perplessità e un acceso dibattito tra i Mmg

/// Rischiamo di avere medici impreparati. "Ci auguriamo che la legge non venga mai recepita in Alto Adige". È quanto ha affermato durante un'intervista (www.altoadige.it) **Giuliano Piccoliori** - responsabile scientifico del neonato Istituto di Medicina Generale presso la Claudiana, il centro di formazione in Alto Adige per le professioni nel settore sanitario.

Il riferimento è a quanto ratificato nella pre-intesa della Medicina Generale, siglata di recente dai sindacati di categoria, sulla possibilità di assegnare incarichi di Mmg e di guardie mediche a titolo definitivo a chi ancora sta frequentando il corso di formazione, iscritto al primo, secondo o terzo anno.

"Per ovviare alla montante carenza di medici di famiglia - ha dichiarato Piccoliori - dovuta anche alla totale incapacità di programmazione di chi preposto, si prevede che ai medici in formazione, che frequentano quindi il corso triennale in Medicina Generale, possano essere assegnati incarichi come medici di famiglia, seppur a tempo determinato, addirittura fin dal primo anno di corso. Si dice anche che comunque siano tenuti a concludere il corso. C'è da chiedersi come un incarico di medico di famiglia a tempo pieno con reperibilità dalle 8 alle 20 possa essere compatibile con un corso di formazione anch'esso a tempo pieno che nella nostra provincia prevede 38 ore settimanali di frequenza che comprendono anche circa 450 ore di seminari oltre alla stesura di una tesi di fine corso". Secondo Picco-

liori ciò equivale ad affermare che per svolgere la professione impegnativa e cruciale del Mmg non sia necessaria una formazione post-universitaria come per tutte le altre branche della Medicina e come previsto dalla normativa europea.

► Un passo indietro

Un salto all'indietro, ai tempi del "medico della muta" di sordiana memoria, accompagnato da una grave svalutazione non solo del corso di formazione ma di tutta la categoria. "Mentre ovunque nel mondo la Medicina Generale - evidenzia - è disciplina accademica presente a pieno titolo in tutte le facoltà e mentre nel resto d'Europa la specializzazione dura anche 5 anni, in Italia evidentemente si ritiene che di medici di famiglia non ci sia bisogno. Il rischio concreto è di ritrovarsi medici impreparati e non in grado di farsi carico con competenza, empatia e con un approccio globale ed olistico dei problemi di salute acuti e soprattutto cronici in continuo aumento, delegando alla specialistica ospedaliera già sull'orlo del collasso. È evidente che questo non potrà che peggiorare la qualità dell'assistenza ai pazienti". "La carenza di vocazioni - conclude Piccoliori - si contrasta migliorando la qualità del lavoro del professionista che deve poter essere affiancato da un *team* amministrativo ed infermieristico di supporto e da un livello di strumentazione diagnostica e terapeutica adeguato agli standard europei".

Preparazione clinica e competenza salveranno la Medicina di Famiglia

Sono questi i fattori essenziali per poter garantire un futuro professionale a chi voglia intraprendere la professione di medico di medicina generale. Troppo spesso oggi dietro la rigidità normativa che connota l'esercizio professionale di taluni colleghi si nasconde paura o impreparazione clinica e medico-legale

Giuseppe Mittiga
Medicina Generale, Roma

Negli ultimi anni, la carenza di medici di medicina generale (Mmg) da un lato e le richieste regionali di riduzione della spesa farmaceutica e più in generale di controllo di accesso al Ssn hanno generato su non pochi colleghi una trasformazione nel *modus operandi* e nell'atteggiamento verso di pazienti. Il medico appare intimorito da norme, circolari, leggi intrusive e non sempre perfettamente applicabili, visto che nelle sedi di giustizia sono state definite inapplicabili alcune norme regionali limitanti la libertà di scelta terapeutica del medico o che antepongono il budget ai bisogni di salute. La minor concorrenza tra Mmg ha generato - in buona fede od obtorto collo - un irrigidimento del medico che spesso non sa o non ha piena coscienza di agire come libero professionista convenzionato e di non poter eseguire ordini imposti dall'alto in modo acritico. Sparita la figura del medico compiacente e a caccia di pazienti degli anni passati, è avanzata quella di un medico che dice spesso "no", forte del fatto che altri o tutti i suoi colleghi negheranno prestazioni o richieste e che questa negazione è lecita. Ma siamo poi così certi di poter negare alcune prestazioni? Inoltre dobbiamo fare i conti con un paradosso: la riduzione dei Mmg da un lato potrebbe garantire un più facile accesso al massimale, ma dall'altro canto pone i pazienti di fronte ad una scelta "obbligata" di preferenza.

► Il rapporto di fiducia

I giovani medici hanno la consapevolezza di quanto sia importante il rapporto di fiducia col paziente al punto di chiedersi a chi giova l'incrinarsi di tale relazione?

Siamo vessati da montagne di burocrazia, è pacifico. È possibile che io sbagli, ma preferisco dedicare tempo alle visite piuttosto che fare le crociate contro il sistema; posso semmai segnalare il fatto al sindacato e pensare che la stessa istituzioni scolastica può invece esser pressata da normative poco chiare.

Alcune rigidità presenti oggi nell'esercizio della medicina di famiglia mi appaiono come una vera e propria abdicazione professionale, che nuoce all'assistito e ancor di più al medico. Mi chiedo dove sia finito il Mmg che sa farsi strada anche nei tratti scivolosi ed impervi?

La mia speranza, come futuro paziente, è che i nuovi medici siano rigidi per temperamento, per timore delle ritorsioni Asl o pur anche per contratto!

Avrei davvero paura se il mio medico fosse rigido per preparazione carente o scarsa professionalità! In altre parole ben venga il medico rigido (il medico burbero ma bravo di un tempo!) e che lo sia a buon diritto, ma stiamo alla larga dalla figura del medico che dietro la rigidità normativa nasconde paura o impreparazione clinica e medico-legale.

Emilia Romagna, intesa con la Fimmg per una nuova sanità regionale

Firmato a Bologna dal presidente dell'Emilia-Romagna e della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini, dal segretario Generale Nazionale della Fimmg, Silvestro Scotti, un documento con obiettivi e impegni comuni, un punto di riferimento per le politiche di sviluppo della sanità territoriale

Consolidare la rete della sanità territoriale e l'alleanza tra i sistemi sanitari regionali e i medici di famiglia per rispondere ai bisogni degli assistiti, a partire dalle necessità delle persone più fragili, che hanno malattie croniche o patologie rilevanti. Questi gli impegni comuni assunti dal presidente dell'Emilia-Romagna e della Conferenza delle Regioni, **Stefano Bonaccini**, e dal segretario Generale Nazionale della Fimmg, **Silvestro Scotti**, che di recente hanno firmato a Bologna una dichiarazione di intenti, che vuole essere di riferimento per le politiche di sviluppo della sanità territoriale. Il documento segue, infatti, la pre-intesa sulla medicina generale, siglata di recente con i sindacati, nell'ambito delle trattative per il rinnovo della convenzione della Medicina Generale, da chiudere entro l'anno.

“Lavoriamo per costruire insieme alla medicina generale la sanità regionale del futuro e per un sistema sanitario nazionale più forte, che valorizzi il ruolo fondamentale dei Mmg, rafforzando nei territori la possibilità di copertura dei nuovi bisogni dei cittadini- ha sottolineato Bonaccini -. Questa stagione di rinnovi contrattuali deve coincidere anche con nuove assunzioni di personale, investimento sulla formazione

dei medici del territorio e la possibilità di accedere alla specializzazione per tanti giovani medici. Per poter dare risposte sempre migliori ai pazienti, soprattutto cronici”.

“Questa intesa - ha aggiunto Scotti - rafforza e indirizza la nostra azione verso tutti gli appuntamenti dei prossimi mesi: finanziaria, Patto per la Salute e chiusura dell'Acn. Doveroso dare atto al Presidente Bonaccini dell'impegno che sta dedicando personalmente a seguire i temi della medicina territoriale e in particolare quelli condivisi della medicina generale, impegno che corrisponde alla nostra richiesta di un tavolo fiduciario con le Regioni dove si realizzi il meglio per i cittadini, gli operatori e la sostenibilità dell'offerta anche grazie ai Mmg”.

► Il documento

Nel documento infatti si sottolinea la centralità del ruolo dei Mmg nel dare risposte soprattutto ai pazienti con patologie croniche concomitanti e con sempre maggiore bisogno di assistenza a lungo termine orientando quindi l'organizzazione dei servizi ai bisogni degli assistiti; offrendo più prestazioni sanitarie (ad esempio: medicine di gruppo e day service ambulatoriale nelle case della salute), garantendo lo svi-

luppo e la continuità dell'offerta assistenziale negli ambulatori e domiciliare, integrando le competenze di medici e operatori e attuando percorsi diagnostico- terapeutico-assistenziali (PDTA) per le patologie croniche o rilevanti. Si fa riferimento al ruolo di sentinella che può essere svolto dal rapporto tra farmacie dei servizi e medicina generale, altro obiettivo è quello di incentivare il coinvolgimento della MG nei programmi di ricerca e formazione per sviluppare innovazioni organizzative e assistenziali e ampliare la collaborazione tra il sistema delle cure primarie e intermedie: assistenza domiciliare, ambulatori infermieristici territoriali, poliambulatori e case della salute, rete delle cure palliative, ospedali di comunità, servizi socio-sanitari, centri per i disturbi cognitivi e demenze, attività proprie della geriatria territoriale.

Per far fronte a questi nuovi scenari, conclude il documento, occorre consolidare la rete territoriale “*sia come sistema integrato di servizi al cittadino che come sistema di relazioni tra i professionisti e gli operatori*”, oltre alla “*definizione di uno scenario tecnologico moderno che impieghi strumenti smart per la gestione delle comunicazioni con e nelle unità complesse di cure primarie*”.

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Dal congresso ESC nuove indicazioni e linee guida

■ **DERMATOLOGIA**

Cambiamenti climatici: effetti sulla pelle e malattie correlate

■ **DIABETOLOGIA**

Resistenza all'insulina nel "pre-prediabete" e rischio CV

■ **NEFROLOGIA**

Suggerimenti per evitare le recidive dei calcoli renali

■ **OTORINOLARINGOIATRIA**

Gestione dell'otite acuta esterna diffusa

■ **PNEUMOLOGIA**

La fibrosi cistica è diventata una malattia anche dell'adulto

■ CARDIOLOGIA

Dal congresso ESC nuove indicazioni e linee guida

L'European Society of Cardiology (ESC) utilizza spesso il suo congresso annuale per pubblicare nuove linee guida e aggiornamenti. Come da miglior tradizione anche quest'anno non ha fatto eccezione, tant'è che al congresso parigino (31.8-4.9/2019) ha presentato ben cinque nuove linee guida:

- **Diabete, prediabete e malattia cardiovascolare**
- **Embolismo polmonare acuto**
- **Tachicardia sopraventricolare**
- **Dislipidemie** (redatte con l'European Atherosclerosis Society - EAS -, hanno fatto proprio il messaggio "Lower is better", ovvero abbassare il c-Ldl quanto più possibile, soprattutto nei soggetti ad alto rischio CV, stabilendo nuovi livelli target di c-Ldl per i pazienti definiti a rischio CV "molto alto" e "alto", rispettivamente <55 mg/dl e <70 mg/dl).
- **Sindrome coronarica cronica** (quest'ultima rappresenta il "lancio" della nuova terminologia di quella che in precedenza era definita "malattia coronarica stabile").

▶ **Malattia CV, diabete, prediabete**

Il documento è stato sviluppato in collaborazione con l'Associazione europea per lo studio del diabete (EASD). Gli studi clinici sulla sicurezza CV dei farmaci utilizzati nella terapie del

DMT2 hanno portato a un cambiamento di paradigma di trattamento. Gli agonisti del recettore del GLP-1 e gliflozine hanno confermato un buon profilo di sicurezza CV associato a benefici concreti in diabetici che avevano già malattie cardiache e/o presentavano molteplici fattori di rischio.

"La nostra principale raccomandazione alla luce di questi risultati è che queste due classi di farmaci dovrebbero essere usate come trattamento di prima linea nei pazienti con DMT2 con malattie CV accertate o ad alto rischio di malattie CV", ha affermato il professor **Francesco Cosentino**, presidente ESC della Task Force delle linee guida.

Farmaci anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K (in particolare rivaroxaban) sono stati segnalati positivamente nei pazienti affetti da diabete con arteriopatia periferica degli arti inferiori in combinazione con ASA a basso dosaggio.

Gli inibitori del PCSK9 sono consigliati nei pazienti con diabete ad altissimo rischio di malattie CV che non raggiungono il target di colesterolo Ldl nonostante il trattamento con statine. In questi pazienti è raccomandato un obiettivo più ambizioso fissando la soglia di c-Ldl al di sotto di 55 mg/dL.

L'autocontrollo della glicemia e della PA è raccomandato ai diabetici per una prevenzione ottimale; sono

emersi dati che includono la variabilità della glicemia tra le cause delle malattie cardiache nel diabete. Inoltre, la variazione di glucosio durante la notte è particolarmente legata all'ipoglicemia e al deterioramento della qualità della vita. "Ciò indica che non è più appropriato dipendere da misure occasionali di glucosio per gestire il controllo, in particolare nel diabete di tipo 1", ha affermato il prof. Cosentino. "Allo stesso tempo, è stata sviluppata la tecnologia flash che utilizza un piccolo sensore indossato sulla pelle per monitorare costantemente i livelli di glucosio. Argomenti simili riguardano il monitoraggio della pressione arteriosa domestica."

▶ **Stile di vita**

Le LG contengono anche raccomandazioni per le misure relative allo stile di vita per pazienti con diabete e pre-diabete.

I comportamenti "virtuosi" rappresentano il cardine della prevenzione delle malattie cardiovascolari. E dunque grande enfasi viene posta sugli stili di vita in grado di evitare o ritardare la conversione degli stati pre-diabetici, come la ridotta tolleranza al glucosio, in diabete. L'attività fisica, ad esempio, ritarda la conversione, migliora il controllo glicemico e riduce le complicanze cardiovascolari.

Bibliografia

- Cosentino F et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2019; doi:10.1093/eurheartj/ehz486.
- Knuuti J et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, ehz425, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

■ DERMATOLOGIA

Cambiamenti climatici: effetti sulla pelle e malattie correlate

Per “clima” si intende la media delle condizioni atmosferiche di una zona specifica, misurata nel corso di molti decenni. Ma quanto i cambiamenti climatici possono influenzare la salute in particolare in ambito dermatologico?

La redazione scientifica del Centro Studi Gised (Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia) ha ritenuto utile approfondire il tema sulla base di un recente articolo pubblicato in *Cutis* (Lundgren AD. Climate change and skin disease. *Cutis* 2018; 101: E12-E14).

“Nei secoli ci sono stati molti cambiamenti climatici correlati a fattori naturali come la relazione tra Terra e Sole, eruzioni vulcaniche, irradiazione solare etc. Questi fattori determinano cambiamenti lenti, protratti nel tempo, a cui gli organismi viventi riescono ad adattarsi.

Si parla invece di cambiamenti climatici antropogenici quando sono le attività umane a causarli. I recenti aumenti di temperatura misurati sulla Terra sarebbero dovuti proprio alle attività umane. Secondo gli scienziati la temperatura della Terra è aumentata di 0,7 °C negli ultimi 100 anni soprattutto a causa dell'emissione di gas serra come la CO₂, dovuta sia a processi naturali che alle attività umane. Anche se nei testi di Dermatologia è raro trovare riferimenti agli effetti dei cambiamenti climatici sulla

pelle e alle malattie correlate, tuttavia il clima può determinare malattie cutanee soprattutto di tipo infettivo.

► **Malattie associate a modifiche del clima**

A questo proposito il Climate Change Committee of the International Society of Dermatology ha chiamato a raccolta tutti i dermatologi del mondo per aumentare la consapevolezza dei pericoli connessi al cambiamento climatico.

Tra le malattie associate a modifiche del clima sono da segnalare:

► **la malattia di Lyme**, trasmessa dalle punture di zecca, che ha visto aumentare in maniera notevole la sua incidenza (quasi triplicata negli Stati Uniti) ovunque. La malattia è sistemica colpisce la pelle, le articolazioni, il cuore ed il sistema nervoso. Si manifesta a livello cutaneo sotto forma di eritema cronico migrante;

► **le infezioni da Arbovirus**, trasmesse da alcune specie di zanzare come *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* che comprendono la febbre Dengue e la chikungunya, o la leishmaniosi del nuovo mondo, dovuta a protozoi del genere *Leishmania* e trasmessa da Ditteri ematofagi. Negli ultimi tempi queste infezioni si sono diffuse anche in zone tradizionalmente esenti, per l'espansione dell'habitat favorevole alla crescita

delle zanzare e altri Ditteri ematofagi:

- **la febbre Dengue** si presenta con intenso dolore articolare, febbre, mal di testa, rash morbilliforme passeggero ed in alcuni casi lesioni emorragiche;

- **la chikungunya**, una volta diffusa solo in Asia, Africa e isole dell'Oceano Indiano, adesso è presente in molte altre Regioni. La malattia si presenta con febbre alta, manifestazioni cutanee e forte dolore articolare. Il coinvolgimento delle articolazioni può essere cronico e debilitante;

- **la leishmaniosi** del Nuovo Mondo è caratterizzata da ulcere mucocutanee ed è trasmessa da mosche ematofaghe e negli Stati Uniti si è diffusa dal Messico ed America Meridionale e Centrale (dove era endemica) verso le zone più settentrionali a causa dell'espansione dell'habitat favorevole ai suoi vettori.

► **le infezioni fungine** da *Cryptococcus gattii* e *Coccidioidea immitis*, riportate nelle regioni del Pacifico Nordoccidentale, finora erano state segnalate solo nella parte sudoccidentale degli USA. I cambiamenti climatici creano zone favorevoli alla colonizzazione di queste specie. Infezioni dovute a questi funghi possono presentarsi con manifestazioni cutanee quali lesioni polimorfe.

Il cambiamento del clima ha serie conseguenze sulla vita del pianeta e dei suoi abitanti: gli uomini e le donne che si occupano della salute devono non solo saper riconoscere in tempo i segni di queste malattie collegate al clima ma non possono ignorare le ragioni della loro diffusione in aree sempre più ampie”.

• www.centrostudigised.it

■ DIABETOLOGIA

Resistenza all'insulina nel "pre-prediabete" e rischio CV

“L'insulino-resistenza è un fattore di rischio cardiometabolico più significativo della tolleranza al glucosio, aumentando il rischio cardiovascolare ancor prima che l'iperglicemia aumenti il rischio di diabete”. L'affermazione è di Ralph A. DeFronzo, direttore dell'unità di ricerca sul diabete dell'Università del Texas Health Science Center - San Antonio, che nel corso della conferenza annuale *Heart in Diabetes* di New York, ha presentato una metanalisi condotta da lui e colleghi.

“Il problema clinico inizia molto prima dello sviluppo conclamato di DM2. Anche la terminologia potrebbe cambiare con l'introduzione del nuovo termine 'pre-prediabete', perché la malattia inizia in realtà molto tempo prima del prediabete, e l'implicazione, ovviamente, è che il glucosio non sia il principale attore nello sviluppo di malattie CV”.

► Livello di glucosio e rischio CV

DeFronzo e coll. hanno condotto una metanalisi in cui hanno esaminato i risultati di 19 studi per determinare se la prevalenza e il rischio di complicanze CV (IMA), così come la mortalità differivano significativamente tra i diversi intervalli di tolleranza al glucosio. Ogni studio ha escluso i partecipanti con diabete o prediabete o

precedente IMA al basale.

I ricercatori hanno scoperto che tra 41.509 pazienti che hanno sviluppato IMA durante gli studi, la metà (51.5%) aveva una normale tolleranza al glucosio mentre il 28.8% aveva sviluppato prediabete e il 19.7% aveva sviluppato DM2.

La metanalisi ha anche rivelato che i partecipanti con prediabete avevano un maggiore incidenza di eventi avversi CV maggiore del 43% rispetto a quelli con normale tolleranza al glucosio mentre quelli con diabete avevano un aumento del 50% nel rapporto. Inoltre, rispetto ai soggetti con normale tolleranza al glucosio, quelli con prediabete avevano un tasso di incidenza del 44% più alto per la mortalità/anno, e la percentuale aumentava al 71% per quelli con diabete.

Tuttavia, le differenze tra i gruppi con prediabete e diabete sia per eventi CV che per mortalità non hanno raggiunto un significato, suggerendo che la progressione dai livelli di HbA1c associati a prediabete a quelli con DM2 non altera il rischio CV in misura significativa.

► Resistenza all'insulina predice la CVD

Per gli AA il vero problema sono i fattori alla base della sindrome metabolica (obesità, ipertensione,

dislipidemia, infiammazione, iperinsulinemia), che hanno tutti mostrato tassi di insulino-resistenza simili rispetto al diabete. I fattori alla base della sindrome metabolica hanno tutti lo stesso difetto biochimico: la resistenza all'insulina è presente molto prima di sviluppare diabete ed ecco perché se un diabetico aumenta di peso il rischio è aumentato, in quanto vi è una sovrapposizione della resistenza all'insulina dell'obesità alla resistenza all'insulina del diabete.

Anche osservando le misure del glucosio, DeFronzo ha messo in guardia contro le misure di riduzione del glucosio compromesso a digiuno e la ridotta tolleranza al glucosio insieme nel valutare il rischio. Sebbene esista un'associazione tra aumento del rischio CV e IGT misurato con test di tolleranza al glucosio orale a 2 ore, lo stesso non vale per IFG. “Quando parliamo di IGT, bisogna distinguere tra IGT e IFG, perché la fisiopatologia è differente” - ha affermato DeFronzo durante la presentazione.

“Dal punto di vista diabetico, dobbiamo controllare il glucosio. Non vogliamo che le persone diventino cieche o vadano in dialisi. Tuttavia, questo ha molto, molto poco a che fare con la protezione contro le malattie CV; quello che dobbiamo veramente fare è correggere i componenti sottostanti della sindrome da resistenza all'insulina”.

Bibliografia

- DeFronzo RA et al. Prediabetes: The Prelude to Macrovascular Complications. Presented at: Heart in Diabetes CME Conference; July 12-14, 2019; Philadelphia.

■ NEFROLOGIA

Suggerimenti per evitare le recidive dei calcoli renali

Un dolore lancinante, difficile da sopportare e da dimenticare: così i pazienti descrivono una colica renale. Per rendersi conto dell'impatto di questa condizione, basti pensare che il 2% degli accessi al pronto soccorso è determinato da coliche renali. Coliche e calcoli renali sono stati i temi principali del meeting internazionale sulla nefrolitiasi "Renal stones in practice", promosso dalla Fondazione Internazionale Menarini e svoltosi recentemente a Verona. "Un maschio italiano su dieci e una donna su venti ha sofferto una volta nella vita di calcoli renali. E tra questi quattro su dieci prima o poi nella vita vengono nuovamente colpiti da calcoli" spiega **Giovanni Gambaro**, docente di Nefrologia all'Università di Verona e co-presidente del meeting.

Come ridurre i rischi di nuovi episodi? Innanzitutto è consigliabile aumentare l'introito di liquidi, in modo da aumentare il volume di urina. Per questo motivo è utile bere 2-2.5 litri di acqua al giorno.

"Gli episodi di calcolosi renale sono in continuo aumento a causa dello stile di vita e delle abitudini alimentari. Oltre che dalla scarsa idratazione i calcoli sono favoriti da eccessivi introiti di determinati alimenti come proteine animali e cibi ricchi di fruttosio o sale, oltre al sovrappeso

corporeo" aggiunge Gambaro.

È consigliabile ridurre il sale negli alimenti e il consumo di proteine animali, soprattutto da carni rosse e salumi, preferendo le proteine da cibi vegetali, non eliminare latte, yogurt e formaggi freschi, ridurre o non aumentare il peso corporeo, limitare zuccheri semplici e grassi saturi preferendo carboidrati complessi e olio di oliva, fare regolare attività fisica. Secondo un recente studio, il rischio di calcolosi è significativamente ridotto anche nei soggetti che consumano maggiori quantità di caffè (riduzione del rischio del 26%) e thè (minor rischio dell'11%), mentre risulta significativamente aumentato nei soggetti che consumano maggiori quantità di bevande con zuccheri aggiunti (maggior rischio del 33%).

► Cibi ricchi di calcio: benefici o dannosi?

"L'errore più comune per chi teme una colica renale è eliminare il calcio (per esempio formaggi e latticini) dalla dieta - avverte Emanuele Croppi, Direttore del Dipartimento di Medicina generale Azienda USL Toscana Centro e co-presidente del meeting. In realtà il calcio riduce l'escrezione urinaria dell'ossalato, uno dei componenti principali dei calcoli. Anzi, secondo i nutrizionisti si dovrebbe assumere circa un grammo di calcio/

die al giorno. Recenti dati mostrano che solo il 10% della popolazione ha un introito alimentare di calcio adeguato, essendo il restante deficitario. Il consumo di acqua minerale ricca di calcio, con una quantità di calcio superiore a 400 mg per litro, oppure di latte, soprattutto quando si consumano i pasti o gli snack, è utile ad incrementare il suo apporto favorendone l'azione di inibizione dell'assorbimento intestinale di ossalato".

► Trattamento

Se queste misure non hanno successo, possono essere utilizzati alcuni farmaci, come il citrato di potassio che aumentando il citrato nelle urine inibisce la cristallizzazione, e i diuretici tiazidici, che riducono il calcio nelle urine.

"I farmaci sono sicuramente efficaci, ma con effetti collaterali che ne limitano le possibilità d'uso - prosegue Gambaro. Gli agrumi sono una naturale, straordinaria fonte di citrato, e possono pertanto rappresentare una valida alternativa. In particolare, le maggiori concentrazioni di citrato sono presenti nei limoni, quasi cinque volte superiori a quelle che si hanno, ad esempio, nelle arance. Mezza tazza di succo puro di limone può fornire una quantità giornaliera di citrato paragonabile a quella che si ottiene somministrando il farmaco".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giovanni Gambaro

■ OTORINOLARINGOIATRIA

Gestione dell'otite acuta esterna diffusa

L'otite del nuotatore è un'infezione che può verificarsi dopo aver trascorso tempo in acqua, ma anche all'aperto esponendosi per lungo tempo alla pioggia (per es. gli agricoltori ne sono particolarmente colpiti).¹ Il 98% dei casi deriva dall'esposizione a batteri.

► Fattori di rischio e diagnosi

Alcuni fattori aumentano la probabilità di contrarre l'infezione: nuotare in acqua con alti livelli di batteri, lavaggio dell'orecchio con detergenti aggressivi, apparecchi acustici, eczema, acne e psoriasi, piccolo canale uditivo.² Il cerume costituisce un'importante barriera nei confronti dell'umidità e delle infezioni; crea un pH lievemente acido che inibisce lo sviluppo di infezioni (in particolare da *P. aeruginosa*), tuttavia può essere alterato da esposizione all'acqua, pulizia aggressiva (cotton fioc), gocce auricolari alcaline.³

I sintomi sono chiari: insorgenza rapida (48 ore) di dolore spesso severo, prurito, sensazione di orecchio chiuso, secrezione.³ I segni di infiammazione del canale uditivo sono rossore, edema, eczema; dolorabilità ai movimenti di orecchio (pinna e trago) o mandibola; possibile secrezione (sierosa o purulenta), linfoadenite regionale.³ In diagnosi differenziale vanno escluse altre cause di

otalgia, otorrea e infiammazione del canale uditivo esterno (foruncolosi, eczema, seborrea e altre dermatosi infiammatorie, dermatite da contatto, sensibilizzazione al trattamento topico, infezioni virali). Nei soggetti con età >50 anni va esclusa la malignità e l'arterite temporale.⁴

► Trattamento

Il Mmg può facilmente prescrivere un trattamento adeguato anche per prevenire le complicanze.² Generalmente la terapia analgesica è basata sulla gravità del dolore e come terapia iniziale e in assenza di complicanze (febbre o infezione dei tessuti circostanti) andrebbero utilizzati antibiotici locali, informando adeguatamente il paziente sulle modalità di uso. La terapia antimicrobica sistemica va riservata a una infezione che si è estesa oltre il canale uditivo o sia presente una forma severa associata a fattori dell'ospite (diabete, immunodepressione, ecc).³ Uno studio osservazionale ha valutato efficacia e profilo di sicurezza di ciprofloxacina (500 mg 2/die associata a trattamento topico standard per 7-10 giorni) in 60 pazienti con otite batterica esterna (AEBO) ed esacerbazione dell'otite esterna cronica (CEBO). L'esame batteriologico delle colture del condotto uditivo si è svolto il 1° e il 10° giorno. Il nuoto

era il principale fattore di rischio associato agli organismi patogeni più comuni: *S. aureus* e *P. aeruginosa*. I risultati hanno mostrato il raggiungimento della risoluzione del processo infiammatorio in 28 (93%) e 27 (90%) pazienti nel gruppo AEBO e CEBO, rispettivamente. Gli AA hanno concluso che l'antibatterico risulta clinicamente e microbiologicamente efficace e relativamente più sicuro di altri antimicrobici. Il suo utilizzo viene definito "una pratica clinica prudente e può essere prescritto di routine, specialmente in casi gravi o in pazienti ad alto rischio con diabete o immunodepressi".⁵

Anche nei casi di otite media cronica purulenta trovano indicazione i fluorochinoloni.⁶ In caso di mancata risposta alla terapia iniziale entro 48-72 ore, può essere giustificato procedere con un accertamento microbiologico.³

Senza trattamento l'infezione può entrare nel tessuto profondo, causando complicazioni gravi (ascesso, cellulite, stenosi (potenzialmente portando a perdita dell'udito), otomicosi, otite esterna maligna o otite necrotizzante esterna).² Anche in questo caso è razionale l'uso di antibiotico terapia per via orale con fluorochinoloni, mantenendo nel tempo l'orecchio asciutto.

Bibliografia

1. Ped Med Chir (Med Surg Ped) 2013; 35:177-182.
2. Medica News Today. 24 September 2018.
3. Quaderni ACP 2009; 16(5) : 214-216.
4. Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa Executive Summary. Otolaryngology Head and Neck Surgery 2014; 150:161-168.
5. Int Arch Otorhinolaryngol 2017, 21:329-335.
6. RCP Ciproxin

■ PNEUMOLOGIA

La fibrosi cistica è diventata una malattia anche dell'adulto

Negli ultimi anni l'aspettativa di vita per i pazienti affetti da fibrosi cistica (FC) è molto migliorata, grazie ai progressi ottenuti in ambito diagnostico e di trattamento. Pur essendo una malattia non frequente, è tutt'altro che rara: si tratta infatti della più comune malattia genetica ad esito fatale della popolazione caucasica.

A causare la malattia è un difetto della proteina CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator), la cui funzione è quella di regolare l'equilibrio idro-elettrolitico degli epitelii. Tale alterazione comporta essenzialmente un malfunzionamento del trasporto dello ione cloro e di fluidi, determinando la produzione di secrezioni dense e viscosi. Per questo colpisce praticamente tutti gli organi, e in particolare l'apparato respiratorio, il pancreas, il fegato, l'intestino e l'apparato riproduttivo.

► Una maggiore aspettativa di vita

I miglioramenti nelle cure hanno trasformato la FC da una patologia letale nell'infanzia a una malattia cronica, con una sopravvivenza mediana che si attesta oggi a circa 40 anni. Ad oggi, in Italia più della metà dei pazienti ha più di 18 anni (*Epidemiol Prev* 2018; 42: 1-32).

È in questo contesto che si è tenuto a Milano, il I Workshop internaziona-

le sulla fibrosi cistica nell'adulto (1st Adult Cystic Fibrosis International Workshop), al fine di "riunire i ricercatori e i clinici specializzati in questa patologia per discutere in profondità le questioni critiche connesse alla gestione della patologia nell'età adulta", come dichiarato nella welcome letter rivolta ai partecipanti.

La malattia decorre sin dall'infanzia e quindi va riconosciuta immediatamente, mediante lo screening neonatale. Inoltre - come spiega **Francesco Blasi**, Professore di Medicina respiratoria all'Università Statale di Milano e Direttore dell'UOC di Pneumologia presso la Fondazione Ca' Granda Policlinico di Milano - "in Italia abbiamo forse uno dei migliori servizi di gestione della FC, perché con una legge, la 548, il Governo molti anni fa, su stimolo molto forte delle associazioni di pazienti, ha istituito i Centri di riferimento regionali". Con l'allungamento dell'aspettativa di vita delle persone con questa patologia, uno dei primi aspetti da considerare è la necessità di offrire ai giovani adulti un progetto di transizione dalle cure pediatriche alla medicina dell'adulto. Questo momento fondamentale è proposto come un processo di graduale apprendimento di conoscenze tecniche e di miglioramento delle abilità di auto-cura.

"Il paziente adulto - specifica il Prof. Blasi - è diverso dal pediatrico perché

presenta molte altre problematiche, soprattutto a livello respiratorio, dove la malattia "esplode" in età adulta. Abbiamo problematiche legate alla sopravvivenza (malattie cardiovascolari, tumori, ecc.) e quindi la gestione è in qualche modo diversa e necessita di una messa a punto precisa per la gestione migliore dei pazienti".

La FC necessita di un approccio multidisciplinare e richiede l'intervento di diverse figure specialistiche: pneumologo, dietologo, gastroenterologo, endocrinologo, fisioterapista; va trattato il diabete e le infezioni respiratorie; vanno dati mucolitici, che vanno prescritti "su misura" al paziente e, recentemente, è usato anche un approccio genetico, con farmaci in grado di correggere l'alterazione legata alla proteina che causa la malattia.

All'interno del Workshop, non è stata tralasciata la tematica della qualità di vita, che è fortemente segnata dal trattamento della malattia. "Il paziente - spiega ancora Blasi - passa dalle 3 alle 4 ore al giorno per gestirla". "D'altra parte - aggiunge - l'innovazione terapeutica ha portato a nuovi farmaci, che consentono un miglior approccio alla vita di questi pazienti che, pur dovendo mantenere purtroppo una terapia prolungata e impegnativa, anche in termini di tempo, sicuramente hanno avuto un miglioramento della qualità della vita importante".



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

Una carotide “inappropriata”...

“Quando richiediamo un esame, domandiamoci prima se ha un senso. Non facciamo indagini a tappeto che probabilmente non ci porteranno da nessuna parte... non medicalizziamo persone che starebbero meglio a farsi una bella passeggiata nei boschi”

Domenica Basile - A.S.P. La Quiete” (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona) - Udine

Vi capitano mai periodi in cui fate fatica a fare qualsiasi cosa? Quando siete svegliati e avete mille pensieri in mente, e di questi neanche uno inerente alle cose che dovrete fare? Ecco, è quello che mi sta capitando.

Un po’ come quando si era a scuola, si doveva studiare tutto il pomeriggio, e ci si perdeva a guardare le foglie che cadevano fuori dalla finestra. Quando avete questo stato d’animo, è difficile fare tutto.

Anche affrontare un pomeriggio ambulatoriale a dopplerare in lungo e largo (o meglio in assiale e trasversale) le carotidi. Inoltre la seduta di oggi è particolarmente fastidiosa. Ti ritrovi infatti a fare esami di cui non capisci minimamente l’indicazione o meglio - anche la capisci - ma sai che non è assolutamente un’indicazione corretta (i radiologi penso ne sappiano qualcosa).

➤ Il primo paziente che ti capita è un 35enne con colesterolo totale 250 mg/dL.

➤ La seconda è una donna 50enne che soffre da anni di vertigini.

➤ Il terzo è un 45enne con sensazione di testa vuota e capogiri da alcune settimane (badate bene, priorità B).

➤ Il quarto l’ha voluto fare lui, così per un controllo, e il suo medico gliel’ha prescritto.

➤ La quinta, una signora 65enne in perfetta salute, ha deciso di fare un tagliando completo a tutti gli organi, e le mancavano solo i grossi vasi del collo. “Sa, l’ho appena fatto alla macchina, ora tocca a me”. Pensa di essere simpatica. Non sa che quando hai quel periodo fastidioso, ogni parola è di troppo.

Neanche dire che tutti gli esami del pomeriggio mostravano delle carotidi perfette.

Allora vediamo di rendere utile questa inutile seduta di doppler pomeridiana, andando a vedere cosa ci dicono le linee guida sullo screening delle carotidi. È indicato? Quando?

Quando invece rischiamo di fare esami inutili e di medicalizzare sempre di più delle persone sane?

Dunque, in accordo con le linee guida, i compilatori di uptodate suggeriscono di non effettuare screening per stenosi carotidea con test di immagini vascolari nei pazienti asintomatici. Sebbene non vi siano trial randomizzati controllati che valutano l’utilità di tale screening, questo non sembra essere legittimato in base alle seguenti osservazioni:

- la prevalenza di stenosi carotidea asintomatica nella popolazione è bassa; per quanto riguarda la stenosi carotidea severa (>70%) la prevalenza aumenta con l’età da circa lo 0% al 3%;
- il rischio annuale di stroke omolaterale in pazienti con stenosi carotidea asintomatica è relativamente basso (<1%/anno);
- non ci sono caratteristiche o marker clinici validati che possano identificare un sottogruppo di pazienti asintomatici che potrebbero avere una stenosi carotidea e che potrebbero beneficiare dalla rivascolarizzazione;
- l’uso routinario di eco-color Doppler per riscontrare una stenosi carotidea asintomatica - condizione a bassa prevalenza della popolazione generale - potrebbe determinare molti più falsi positivi rispetto ai veri positivi, il che potrebbe portare a molti interventi inutili e futili, inclusi esami aggiuntivi (angioTC, angioRM) e procedure di rivascolarizzazione, con i rischi conseguenti associati di

morbilità e mortalità. Sia l’endoarterectomia che lo stenting carotideo sono associati con un incrementato rischio di stroke e di morte a 30 giorni che va - a seconda dei centri - dal 2% al 4%.

► Principali linee guida

Queste raccomandazioni (cioè evitiamo lo screening negli asintomatici) riportate su *Uptodate* concordano in generale con le principali linee guida, anche se vi sono alcune differenze tra queste.

- Il 2014 United States Preventive services Task Force (USPSTF) si esprime contro lo screening per le stenosi carotidiche asintomatiche nella popolazione generale.
- Le linee guida del 2011 per la prevenzione primaria dello stroke dell’American Heart Association/American Stroke Association afferma che lo screening della popolazione per la stenosi carotidea asintomatica non è raccomandato.
- Le linee guida comuni del 2011 elaborate da multiple società statunitensi (American College of Cardiology, American Heart Association, American College of Radiology, Society for Vascular Surgery) avvisano che l’ecocolordoppler carotideo “non è raccomandato per screening di routine dei pazienti asintomatici che non hanno manifestazioni cliniche o fattori di rischio per l’aterosclerosi”; queste linee guida tuttavia fanno notare che è ragionevole effettuare lo screening con il doppler in pazienti asintomatici con soffio carotideo, e che l’ecocolordoppler delle arterie carotidi “può essere considerato” in pazienti che hanno aterosclerosi sin-

tomatica in altri distretti o che hanno 2 o più fattori di rischio per aterosclerosi.

Approfondimento

Visto che abbiamo parlato di screening, proseguiamo a parlare più in generale di definizioni, terapia medica e chirurgica delle stenosi carotidee. Un bel ripasso non fa mai male.

Definiamo stenosi carotidea asintomatica la presenza di una stenosi della carotide interna extracranica in pazienti privi di una storia di stroke ischemico o di TIA nel territorio carotideo omolaterale.

La patologia carotidea sintomatica è invece definita dalla presenza di sintomi neurologici focali (es. amaurosi fugace, paresi controlaterali, disartria o afasia) nel territorio di perfusione dell'arteria carotidea che presenta stenosi significativa; per essere considerata sintomatica, il disturbo neurologico deve essere comparso non oltre i 6 mesi precedenti.

È di fondamentale importanza nella pratica clinica quotidiana selezionare accuratamente i pazienti per stabilirne il follow-up e la terapia medica/chirurgica in base all'entità e alle caratteristiche della stenosi carotidea.

I pazienti ambulatoriali con sospetta stenosi carotidea è bene suddividerli, per la successiva gestione, in base alla presenza o meno di sintomi neurologici compatibili con la presenza di stenosi carotidea.

► Stenosi asintomatica

Il rischio stimato di stroke omolaterale in pazienti con stenosi carotidea asintomatica (stenosi >50%) è circa del 0.5-1%/anno; è inoltre un fattore predittivo di IMA o morte per cause vascolari. La stenosi carotidea asintomatica è pertanto da considerare un rischio equivalente di patologia cardiovascolare.

Per tale motivo, nel momento in cui viene riscontrata, la terapia consta innanzitutto di:

- correzione dei fattori di rischio cardiovascolare (fumo, ipertensione arte-

riosa, DM2, dislipidemia),

- trattamento farmacologico (terapia antiaggregante).

Alla valutazione del paziente con aterosclerosi carotidea inoltre si forniscono indicazioni igienico-comportamentali e farmacologiche adeguate, secondo linee guida specifiche, per:

- smettere di fumare, al bisogno consigliando al paziente di recarsi presso il Centro di riferimento per percorsi assistiti di disassuefazione dalla nicotina;
- mantenere la PA <140/90 mmHg;
- mantenere il colesterolo-LDL <100 mg/dL in prevenzione primaria o <70 mg/dL in prevenzione secondaria e nei diabetici, fornendo consigli dietetici e adeguando la terapia con statine:

- mantenere HbA1c <7%.

Se la stenosi riscontrata all'esame ecodoppler è <70%, è bene ottimizzare la terapia medica, e quindi proseguire con un follow-up.

Se invece la stenosi è >del 70% - in pazienti con condizioni cliniche idonee a un'eventuale opzione chirurgica - il paziente va indirizzato ad eseguire un esame diagnostico di 2° livello (angioTC) e successivamente - se viene confermata la significatività del grado di stenosi - va indirizzato in ambulatorio di chirurgia vascolare.

Tale percorso va accelerato come tempistica se il paziente presenta un rischio particolarmente elevato di stroke, stimabile in base alla presenza di uno dei seguenti fattori:

- rapida progressione del grado di stenosi;
- caratteristiche di instabilità di placca ad alto rischio;
- ridotta riserva cerebrovascolare;
- presenza di infarti embolici cerebrali silenti ipsilaterali alle neuroimmagini.

► Stenosi carotidea sintomatica

La stenosi carotidea sintomatica viene definita quando vi sono sintomi neurologici focali che insorgono acutamente e sono riferibili all'appropriato territorio di perfusione della carotide interessata; il disturbo neurologico deve essere com-

parso non oltre i 6 mesi precedenti. Vertigini e sincope non sono generalmente secondari a stenosi carotidea; pertanto i pazienti con tali sintomi vengono considerati asintomatici anche in presenza di un riscontro di stenosi carotidea.

Tutti i pazienti sintomatici vanno pertanto sottoposti ad esame ecodoppler TSA: se tale esame evidenzia una stenosi >70% - con sede compatibile con il sintomo neurologico e il paziente è in condizioni cliniche idonee a un'eventuale opzione chirurgica - va effettuato in tempi brevi un esame diagnostico di 2° livello (angioTC) e successivamente - se viene confermata la significatività del grado di stenosi - va proposto per intervento di TEA.

In base alla gravità del quadro clinico neurologico - secondo le LG internazionali - va scelta la tempistica per l'esecuzione della procedura chirurgica:

- in emergenza o comunque entro le 48 ore nel caso di sintomatologia neurologica in progressione/fluttuante o di TIA in crescendo;
- dopo le 48 ore dall'evento ma entro i 15 giorni dopo un TIA o uno stroke non disabilitante;
- per quanto concerne gli ictus ischemici moderati-severi, si valuterà in base all'estensione dell'area ischemica all'indagine TAC, in base alla presenza o meno di infarcimento emorragico e di edema cerebrale e del quadro neurologico del paziente: là dove indicata, l'indirizzo è di eseguirla entro le 6 settimane.

In alcune condizioni particolari va considerata la procedura endovascolare di stenting carotideo piuttosto che la TEA:

- lesione carotidea non adatta all'approccio chirurgico;
- stenosi secondaria a radiazioni del collo;
- restenosi dopo endoarterectomia;
- comorbidità clinicamente significative che aumentano il rischio anestesio-logico e chirurgico.

• *Articolo presente anche in <https://medicinainterna.blog>*

Bibliografia disponibile a richiesta

Una strana discromia della lingua

Gilberto Lacchia

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

IL CASO

► Descrizione di un effetto avverso non comune associato all'uso di alcuni farmaci e favorito da alcune condizioni predisponenti.

► Signora di 80 anni, fumatrice, ipertesa, con arteriopatia diffusa, in terapia con ASA 100 mg, nebivololo/idroclorotiazide, perindopril, lercanidipina e atorvastatina.

Per un sospetto focolaio broncopneumonico viene trattata con ceftriaxone 1 g per 6 giorni con

miglioramento dei sintomi. Dopo circa una settimana ricompare febbre e dispnea: a questo punto, oltre ad accertamenti di approfondimento, viene prescritto un secondo ciclo di antibiotico-terapia (amoxicillina/acido clavulanico 1 g x 2/die).

► Qualche giorno dopo la fine del secondo ciclo di antibiotico la signora chiama preoccupata perché ha notato una colorazione nerastra della lingua (*foto*).

► Commento

La lingua nera (a volte definita "lingua nera villosa" per l'ipertrofia delle papille filiformi sul dorso) è un'affezione benigna della lingua che si presenta con una colorazione dal nero al marrone scuro. La discromia è probabilmente causata dalla presenza di batteri o lieviti che producono porfirine cromogene.

È una affezione associata a diverse condizioni predisponenti:

- Fumo, alcol, colluttori ossidanti
- HIV, neoplasie, SLA, nevralgia trigeminale
- Antibiotici, antipsicotici e altri farmaci predisponenti alla xerostomia
- Terapie cortisoniche sistemiche (la signora aveva fatto anche iniezioni di FANS/steroidi per una lombalgia)
- Radioterapia per neoplasie di tumori maligni di testa e collo.

In letteratura sono pochi i casi in cui questo tipo di reazione avversa è riportata, tuttavia ne ho già osservati alcuni casi e la mia impressione è che non sia poi così rara. La reazione non è grave e solitamente regredisce alla sospensione della terapia.

Nel caso della mia assistita il problema si è risolto in un paio di settimane circa. Il "focolaio polmonare", tra parentesi, si è rivelato un tumore maligno con estesa linfonodopatia mediastinica e trombosi della vena cava superiore.



Riferimenti

- www.farmacovigilanza.eu (Amoxicillina e discromie della lingua; dicembre 2007). www.farmacovigilanza.eu/node/395
- Lo strano colore della lingua di Giulia www.farmacovigilanza.eu/content/lo-strano-colore-della-lingua-di-giulia

- Schlager E et al. Black hairy tongue: predisposing factors, diagnosis, and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2017; 18(4): 563-69. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=28247090

Diagnosi tardiva di stenosi aortica in paziente anziana

Questa esperienza che riportiamo dimostra come una attenta valutazione clinica del paziente anziano sul territorio permetta un percorso per un efficiente management di malattia in una ottica di cooperazione medico di famiglia-specialista

Giovanni Scala,¹ Gianfranco Puzio,¹ Walter Verrusio,² Valerio Massimo Magro,³ Diana Lama³

La stenosi aortica (SA) è la malattia valvolare più frequente nei Paesi occidentali, con crescente prevalenza a causa dell'invecchiamento della popolazione (in uno studio ecocardiografico di popolazione il 2% delle persone di età >65 anni presentava una SA calcifica franca). Benché la clinica e la storia naturale siano ben descritte, lo screening e la sua valutazione in ambito territoriale rimangono di difficile attuazione pratica, specie in assenza di condizioni concomitanti, quali l'ipertensione arteriosa. Riportiamo un caso clinico (presentato al congresso nazionale della Società di Geriatria e Gerontologia nel 2018 e pubblicato anche negli atti congressuali, Pacini Ed 2018), il cui management è avvenuto in una ottica di cooperazione Mmg-specialista.

► Il caso

Una signora di 73 anni (altezza 160 cm, peso 78 kg) giungeva all'osservazione del medico di medicina generale per riscontro di astenia in-

gravescente e invalidante presente da qualche settimana.

Approfondendo la storia clinica, familiarità per eventi cardiovascolari ma non precoci (padre morto a 80 anni per IMA e un fratello anch'egli deceduto per infarto, in età avanzata). Fumatrice (20 sigarette/die da circa 30 anni) con una diagnosi di malattia delle piccole vie aeree (spirometria), trattata con beclometasone e formoterolo.

- **Visita:** PA 150/80 mmHg, FC 85 bpm, ritmica, SpO2 98% in aria ambiente, FR 23 atti respiratori, con emitoraci simmetrici, ipomobili, con qualche rantolo basale bilaterale, in assenza di broncospasmo. Vasta area di candidosi sottomammaria bilaterale con sovrapposta impetiginizzazione. Addome globoso per adipe, trattabile in tutti i quadranti, non peritonismo. Eдеми declivi di grado lieve agli arti inferiori, localizzati solo al livello dei polpacci, improntabili.

Dispnea e astenia anche durante anamnesi con sopraggiungere di palpitazioni. Venivano misurati nuovamente i battiti cardiaci, rilevando discordanza tra centrum e periferia; associati soffi 3-4/6 su tutti i focolai di auscultazione.

La paziente viene inviata a valutazione specialistica (cardiogeriatra).

► Indagini diagnostiche

- **VMD:** MMSE 30/30, normali ADL e IADL. Geriatric Index of Comorbidity 4. 6MWT e SPPB non eseguiti.
- **Esami ematochimici:** nella norma.
- **Ecocardiogramma:** ventricolo sinistro ipertrofico con atrio sinistro dilatato (Vol LA/BSA 42 ml/mq) e valvole mitrale e aortica sclero-calcifiche, con ridotta apertura dei lembi valvolari. EF 55%. Insufficienza mitralica a doppio jet di grado moderato, pattern da alterato rilasciamento. Insufficienza tricuspida-le di grado moderato. PAPs 55 mmHg. Insufficienza aortica lieve. Stenosi aortica calcifica di grado moderato-severo (Vmax 4.3 m/sec; Gmax 75 mm Hg; Gmedio 45 mm Hg). EuroSCORE 6 (logistic 7.1).

► Terapia e follow-up

La paziente viene prima avviata a terapia medica con sartano e diuretico dell'ansa, in previsione dell'eco-TE e successivo intervento di protesizzazione: buon esito e miglioramento della qualità di vita al follow-up (controlli regolari).

Viene lasciata immutata la terapia con formoterolo e beclometasone, notando comunque, con aggiunta

¹ Centro Assistenza Domiciliare (CAD), ASL RM2, Roma

² Università La Sapienza, Roma

³ Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

del sartano, un miglioramento dei parametri pressori a 6 mesi e ad un anno (spirometria imm modificata). Ultimo peso 74 kg; COPD Assessment Test (CAT) 12.

► Conclusioni

Nel management della paziente abbiamo seguito sia le raccomandazioni internazionali (American College of Cardiology/American Heart Association) che la recente Consensus ANMCO/SIC/SICI (*Giornale Italiano di Cardiologia*, vol 17, settembre 2016) distaccandocene minimamente: infatti, anche se la valvulopatia poteva essere stata la conseguenza di anni di stress meccanico subito da una valvola normale, abbiamo tenuto conto degli ultimi dibattiti sulla teoria secondo cui il processo patologico è caratterizzato da alterazioni proliferative e infiammatorie, con accumulo di lipidi e up-regulation dell'attività dell'enzima di conversione dell'angiotensina.

Per tale motivo, pur in assenza di chiare indicazioni, osservazioni in letteratura (*Eur J Clin Invest* 2013; 43 (12): 1262-72) che hanno mostrato una progressione più lenta con terapia con sartani, ci hanno convinti ad intraprendere tale terapia e a portarla avanti, anche dopo intervento, anche in assenza di ipertensione e riduzione della FE. A parte la più nota indicazione alla sostituzione valvolare (presenza di sintomi anginosi, sincopali o da scompenso cardiaco, condizioni non presenti nella paziente), pazienti sintomatici con stenosi aortica grave sono generalmente candidati all'intervento poiché la terapia medica non offre comunque significativi vantaggi.

Nella pratica clinica del Mmg l'ampio bacino di utenza è costituito da pazienti anziani, più o meno "frequent attenders" e con sintomi talora aspecifici (quali appunto astenia) o fattori di rischio ugualmente mal valutabili (ipertensione spesso sistolica isolata) o fattori confon-

denti (BPCO), senza grossi fattori di rischio o con ipertensione diagnosticata da poco o sintomatologia di tipo "astenico". Peraltro, l'esame ecocardiografico è contemplato nel follow-up dei pazienti con BPCO non complicata nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) in diverse Asl e se ne raccomanda l'utilizzo anche in quei pazienti in cui la BPCO può costituire un importante bias diagnostico. In assenza di chiare indicazioni da parte delle Società scientifiche di settore (American Academy of Family Physicians, Evidenza C: l'esecuzione dell'ecocardiografia in pazienti sintomatici con soffio sistolico o asintomatici con tale reperto di almeno 3/6), troviamo giusto consigliare una attenta valutazione clinica già sul territorio, da parte del Mmg, per tutti i pazienti con età >65 anni, al fine di rilevare il minimo *yellow flag* che permetta di avviare il paziente all'idoneo percorso per un efficiente e preventivo management di questa condizione.

M.D.

DIGITAL



Per il medico sempre aggiornato dal mondo clinico e professionale

www.md-digital.it

Meeting europeo su ipertensione e protezione cardiovascolare

Controllo dell'ipertensione arteriosa a livello di popolazione e negli anziani e messa in campo di tutti gli strumenti disponibili, anche con lo "sdoganamento" della terapia di combinazione di due o più farmaci a basso dosaggio, sono stati i temi centrali del congresso dell'European Society of Hypertension che si è svolto a Milano

Il 29° Meeting annuale della European Society of Hypertension di quest'anno si è svolto a Milano (21-24 giugno). Per l'occasione M.D. ha intervistato alcuni dei massimi esperti italiani, nonché relatori/moderatori delle più importanti sessioni.

► Diagnosi, trattamento e gestione

Tra i temi maggiormente trattati vi sono stati il controllo dell'ipertensione arteriosa (IA) a livello di popolazione, le difficoltà nel raggiungerlo e la possibilità che il mancato controllo pressorio nel paziente trattato possa esporre a un rischio CV superiore a quello di un soggetto pari età non iperteso.

Giuseppe Mancia, Professore emerito dell'Università di Milano-Bicocca ha posto l'accento su alcuni elementi innovativi delle ultime linee guida (Williams B, Mancina G et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018; 39: 3021-3104). Il primo elemento riguarda il fatto che sono diventati candidati alla terapia pazienti con pressione di grado I a rischio CV medio-basso, individui con ipertensione di grado 1 ed età > 65 anni e i soggetti con ipertensione norma-

le-alta con rischio CV elevato, per esempio con storia di infarto miocardico. Altra novità riguarda gli obiettivi: se il paziente tollera bene la terapia si può cercare di portare la pressione arteriosa sotto i 130 mmHg (senza scendere sotto i 120): questo atteggiamento più "aggressivo" non va adottato nei pazienti anziani e nei nefropatici.

Anche il prof. **Guido Grassi**, dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, con la relazione "Unmet needs in diagnosi e trattamento dell'ipertensione arteriosa" ha illustrato come in questo contesto, le linee guida hanno ribadito la necessità di utilizzare quanto prima un trattamento con terapia di associazione a basso dosaggio. Pur essendo una certa resistenza da parte del paziente per l'utilizzo in prima battuta di un'associazione farmacologica, i benefici di questo approccio sembrano indubbi.

"Pressione arteriosa normale-alta: quale atteggiamento tenere? È stato il tema affrontato dal prof.

Enrico Agabiti Rosei (Past president ESH). Secondo le linee guida europee, per pressione arteriosa normale-alta si intende un range compreso fra 130 e 139 mmHg di PAS e 85-89 mmHg per PAD. Le considerazioni da fare riguardano

l'osservazione che spesso nell'arco di pochi anni questi livelli pressori tendono ad aumentare e a rientrare così nel range dell'ipertensione arteriosa stabile. In una percentuale non trascurabile di casi è inoltre presente un danno d'organo pre-clinico, oltre che un aumentato rischio di eventi CV, configurando quindi una situazione da tenere sotto controllo. Per quanto riguarda l'opportunità di ricorrere a un trattamento farmacologico, le LG tendono a subordinarlo al livello di rischio cardiovascolare globale.

► Popolazione anziana

Gli elevati valori pressori, in particolare se riguardano la PAS, conferiscono a soggetti con età >65 anni un rischio CV significativo e pertanto il paziente anziano richiede un opportuno intervento terapeutico. Intervento che deve essere considerato e instaurato anche nei soggetti con età >80 anni poiché l'ipertensione rappresenta un rilevante fattore di rischio e il trattamento prolunga la vita e previene eventi quali l'ictus e l'insufficienza cardiaca.

Sul significato clinico e sul trattamento dell'ipertensione arteriosa nell'anziano, nella valutazione del li-

vello di rischio si applicano le medesime regole generali utilizzate per l'intera popolazione ipertesa, ha spiegato il prof. **Giovambattista Desideri** (Università degli Studi dell'Aquila).

Il calcolo del rischio CV totale con metodi come quelli proposti dalla European Society of Hypertension - European Society of Cardiology è raccomandato anche nei soggetti anziani/molto anziani. La presenza di altri fattori di rischio (fumo, ipercolesterolemia, diabete mellito e/o presenza di danno d'organo - ipertrofia ventricolare sinistra, proteinuria e/o ridotta funzionalità renale) rafforzano l'indicazione per il trattamento farmacologico anche in caso di ipertensione lieve: lo studio HYVET ha dimostrato che la riduzione della PAS da circa 170 a 140 mmHg in pazienti di età >80 anni riduce la mortalità, l'ictus e l'insufficienza cardiaca".

Il trattamento dell'ipertensione nei pazienti molto anziani deve essere limitato a quei soggetti che sono in buona forma fisica e con documentata ipertensione di grado II. Le linee guida ESH/ESC concludono che i risultati degli studi randomizzati e controllati lasciano pochi dubbi sul fatto che i pazienti anziani beneficiano di un trattamento antipertensivo in termini di riduzione della morbilità e della mortalità CV, indipendentemente dal fatto che abbiano ipertensione sistolica-diastolica o sistolica isolata.

► Iperuricemia

Numerosi studi epidemiologici hanno mostrato che esiste una forte associazione tra gli elevati livelli di acido urico e IA, condizione per la quale l'iperuricemia rappresenta un consolidato fattore di rischio. Il prof. **Claudio Borghi** (Policlinico

S.Orsola-Malpighi, Bologna) spiega che una recente revisione sistematica e una meta-analisi di 18 coorti prospettiche hanno rivelato che un aumento di 1 mg/dL dei livelli di acido urico equivale a un aumento del rischio di ipertensione arteriosa incidente del 13%. Questi effetti erano significativamente maggiori nelle donne e nella popolazione più giovane.

Pertanto, l'iperuricemia è da considerarsi come un fattore di rischio indipendente per l'ipertensione arteriosa, specialmente nelle prime decadi di vita. Anche l'iperuricemia asintomatica rientra nel novero dei fattori di rischio di forte impatto per l'ipertensione arteriosa resistente del soggetto anziano.

Esiste infine anche un'associazione tra iperuricemia e malattie CV, mortalità, sindrome metabolica, aterosclerosi subclinica, ictus, malattie renali e disfunzione endoteliale.

Le possibilità di intervento terapeutico prevedono diversi step. Il primo si identifica con i provvedimenti rivolti allo stile di vita, concentrati in particolare sulle modificazioni della dieta (privilegiando alimenti a basso contenuto di acido urico) che possono essere integrate con l'assunzione di nutraceutici. Il trattamento farmacologico può giovare di diverse classi terapeutiche, a partire dai farmaci ipouricemizzanti, per estendersi alla somministrazione di molecole nate con indicazioni differenti ma che nel corso delle sperimentazioni hanno evidenziato azioni anche sull'acido urico: losartan, valsartan e inibitori SGLT2.

► Angina microvascolare

L'angina microvascolare è una caratteristica del paziente iperteso e

colpisce essenzialmente le donne. Il prof. **Stefano Taddei** (Università di Pisa) chiarisce che i pazienti con questo tipo di problematica hanno la stessa prognosi di quelli che hanno angina macrovascolare e l'ipertensione arteriosa è uno dei fattori predisponenti, soprattutto in presenza di ipertrofia ventricolare sinistra. La terapia prevede farmaci in grado di ridurre le alterazioni strutturali, come per esempio ACE-inibitori.

► Ipertensione arteriosa in ambito oncologico

Il legame fra ipertensione arteriosa e tumori è estremamente importante eppure tuttora poco considerato. Il prof. **Claudio Ferri** (Presidente SIIA) chiarisce che si tratta di una problematica molto comune e in alcuni casi sembra avere un legame biunivoco: alcuni tipi di tumore sembrano essere più comuni nel paziente iperteso, e spesso il paziente oncologico è iperteso al momento della diagnosi di tumore; diverse persone diventano inoltre ipertese a causa della terapia.

Anche in ragione di ciò, il paziente con tumore ha spesso patologia cardiovascolare ed è quindi importante che il clinico misuri periodicamente la pressione arteriosa ed eventualmente corregga l'ipertensione, considerato anche che la terapia antipertensiva non interferisce con quella antitumorale.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti dal Congresso

Arteriopatia obliterante periferica degli arti inferiori: attuali approcci terapeutici

La rivascolarizzazione è il cardine del trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori, tuttavia l'elevata incidenza di restenosi resta un problema tuttora irrisolto. In questo scenario cilostazolo ha dimostrato un'efficacia adeguata nella prevenzione della restenosi dopo procedure di rivascolarizzazione periferica

L'arteriopatia obliterante periferica degli arti inferiori (AOP) continua a rappresentare lo stadio evolutivo di una patologia il cui destino è spesso imprevedibile, anche in relazione alla localizzazione anatomica delle lesioni; può decorrere in modo asintomatico o sintomatico e presentare diversi gradi di gravità, espressi secondo la classificazione di *Leriche-Fontaine* e di *Rutherford* (tabella 1). L'AOP rappresenta una delle più frequenti manifestazioni della malattia aterosclerotica, caratterizzata da stenosi o occlusione delle arterie degli arti inferiori: il sintomo più tipico è rappresentato dalla claudicatio intermittens che si manifesta con dolore muscolare localizzato agli arti inferiori, riproducibile con l'esercizio e alleviato dal riposo entro 10 minuti. In questo setting di pazienti, il cilostazolo, farmaco antiaggregante con proprietà vasodilatanti e antiproliferative, è l'unica terapia indicata per aumentare la distanza di marcia e migliorare i sintomi. Quando la perfusione dell'arto è insufficiente a soddisfare i requisiti metabolici anche in condizioni di riposo, essa progredisce nella sua forma più gra-

ve, rappresentata dall'ischemia critica. Negli ultimi anni il tasso di ammissioni ospedaliere per nuovi casi di ischemia critica è rimasto stabile, ciò che continua a diminuire è l'incidenza di ricoveri per le arteriopatie allo stadio 2, nonostante l'incidenza e la prevalenza della patologia stia aumentando (figura 1). A conferma di ciò nel 2017 il tasso di amputazioni che si è registrato a sei mesi dal ricovero è inesorabilmente confermato (figura 2).

ve, rappresentata dall'ischemia critica. Negli ultimi anni il tasso di ammissioni ospedaliere per nuovi casi di ischemia critica è rimasto stabile, ciò che continua a diminuire è l'incidenza di ricoveri per le arteriopatie allo stadio 2, nonostante l'incidenza e la prevalenza della patologia stia aumentando (figura 1). A conferma di ciò nel 2017 il tasso di amputazioni che si è registrato a sei mesi dal ricovero è inesorabilmente confermato (figura 2).

► Trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori

Tabella 1

Classificazione del paziente arteriopatico

Fontaine		Rutherford		
Stadio	Clinica	Grado	Categoria	Clinica
0	Asintomatico	0	0	Asintomatico
IIa	Claudicatio lieve	I	1	Claudicatio lieve
IIb	Claudicatio moderata/severa	I	2	Claudicatio moderata
III	Dolore ischemico a riposo	I	3	Claudicatio severa
IV	Ulcere o gangrena	II	4	Dolore ischemico a riposo
		III	5	Minore perdita tissutale
		III	6	Maggiore perdita tissutale

Una gran parte dei pazienti arteriopatici risulta inoperabile e quindi "non rivascolarizzabile" già al momento della diagnosi o non è più suscettibile di trattamenti di rivascolarizzazione, in quanto già sottoposta a trattamenti precedenti rivelatesi infruttuosi o gravati da recidive.

Un caposaldo del trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori è rappresentato dalla terapia medica che è idonea nei casi in cui non vi sia indicazione alla terapia chirurgica ed interventistica o quando queste abbiano fallito. Ad oggi, dall'analisi della letteratura, le prostaglandine e le prostacicline (in particolare ilprost) restano l'unica classe di farmaci che abbia dato prova di efficacia in studi clinici randomizzati e controllati. Illo-

Figura 1

Arteriopatie (II-IV stadio): volumi di interventi

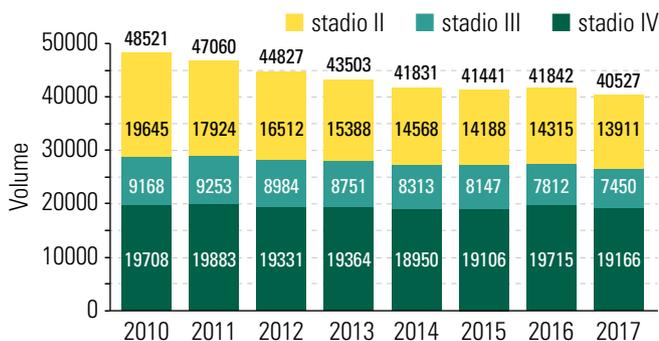
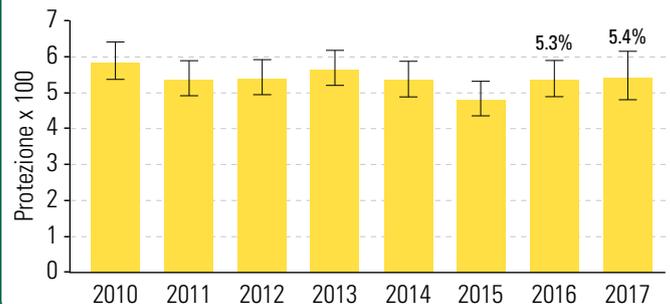


Figura 2

Arteriopatia III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero

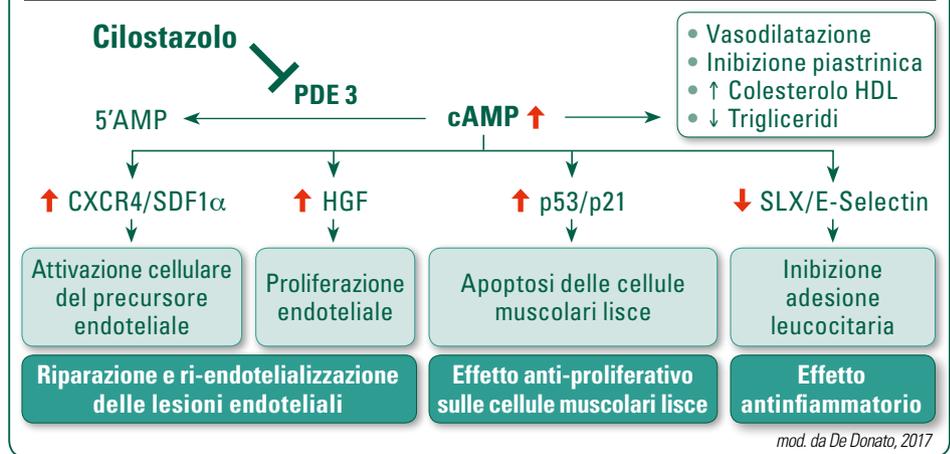


prost infatti è l'unico ad aver dimostrato di ridurre significativamente il tasso di amputazioni maggiori, rappresentando pertanto l'opzione terapeutica più efficace.

La rivascularizzazione (endovascolare o chirurgica) rappresenta il cardine del trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori ma, nonostante le procedure endovascolari continuino ad essere in continua evoluzione, anche in relazione alla ricerca di nuovi materiali e alla realizzazione di nuovi dispositivi, l'elevata incidenza di restenosi resta un problema irrisolto del trattamento. L'introduzione degli stent a rilascio di farmaco hanno solo parzialmente migliorato la durata e la qualità dei trattamenti *open* ed endovascolari e ridotto in maniera relativamente significativa il numero globale di restenosi (fenomeno iperproliferativo del vaso trattato). I farmaci antiaggreganti piastrinici orali indicati dopo intervento di rivascularizzazione coronarica (per esempio ASA, clopidogrel, prasugrel, ticlopidina, ticagrelor) hanno l'obiettivo di prevenire la ri-occlusione dello *stent* o del *by-pass* dovuta a fenomeni trombotici, ma non hanno significativi effetti sulla ri-occlusione dovuta alla restenosi del vaso trattato, che è invece un processo ri-occlusivo, dovuto ad un eccessivo fenomeno di proliferazione della parete vasale nella zona sottoposta all'intervento.

Figura 3

Meccanismo d'azione ed effetti farmacologici di cilostazolo



► Prevenzione delle restenosi

La recente review di De Donato et al. (2017) riassume le principali evidenze cliniche a supporto dell'uso del cilostazolo dopo interventi di rivascularizzazione e sottolinea come sia l'unica farmacoterapia che abbia dimostrato un'efficacia adeguata per prevenire la restenosi in studi randomizzati e controllati dopo procedure di rivascularizzazione periferica: il cilostazolo è un inibitore selettivo della fosfodiesterasi III (PDE 3) con effetto anti-proliferativo, anti-aggregante e vasodilatante (figura 3). L'efficacia clinica nella prevenzione della restenosi e l'effetto a lungo termine negli interventi di rivasculariz-

zazione di cilostazolo è attribuibile alla capacità di interagire con i meccanismi che sono alla base della restenosi; favorisce la riparazione dell'endotelio; esercita un'azione inibitoria sulla proliferazione delle cellule muscolari lisce; agisce sull'adesione leucocitaria all'endotelio (effetto antinfiammatorio).

Bibliografia

1. Norgren L et al. TASC II Documento di Consenso InterSocietario TransAtlantico per il trattamento dell'arteriopatia periferica. *G Ital Cardiol* 2007; 8: 3S-71S.
2. Fripass. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.
3. <https://pne.agenas.it/>
4. Ruffolo AJ et al. Prostanoids for critical limb ischaemia (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD006544.
5. De Donato et al. Restenosis after Coronary and Peripheral Intervention: Efficacy and Clinical Impact of Cilostazol. *Ann Vasc Surg* 2017. Doi:10.1016/j.avsc.2016.08.050

Modelli relazionali tra medico e paziente

Partendo dalla letteratura sui modelli di relazione tra medico e paziente e sui principi etici ad essi sottesi viene avviata una riflessione sulle loro ricadute pratiche

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

Medicina Generale, Genova*; *Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova*

La relazione tra chi soffre e chi se ne prende cura è talmente complessa e ricca di sfaccettature che ogni tentativo di classificazione finisce con l'essere velleitario o, quantomeno, insoddisfacente. Tuttavia qualche tentativo di schematizzazione è stato effettuato, se non altro a scopo didattico.

Particolarmente utile, anche per la sua semplicità e chiarezza, è la classificazione proposta da *EJ Emanuel e coll* (Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-23).

Secondo gli Autori, si sarebbe verificata una evoluzione storica, che ha comportato mutamenti nel modello relazionale tra medico (o, usando una espressione di più ampio respiro, un professionista sanitario) e paziente.

► Modello paternalistico

Secondo tale modello il medico è un controllore che vigila sulla salute del paziente, ne valuta le necessità; decide quale debba essere il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato; stabilisce se e quali spiegazioni dare.

Il medico, quindi, agiva od ometteva di agire per il bene della persona malata, che gli era stata affidata, senza che fosse necessario chiederne il consenso.

Si riteneva, infatti, che il medico

avesse la competenza tecnica necessaria per decidere in favore e per conto del beneficiario cioè il paziente, così come farebbe un buon padre per un suo figlio, che, essendo bambino, non fosse capace di scegliere per se stesso.

Alla base del paternalismo vi sono due principi etici: il principio di beneficenza, che prescrive di agire per il bene del paziente ed il principio di non maleficenza ovvero l'obbligo di non arrecare danno al paziente.

In base al modello paternalistico si dava per scontato che il paziente condividesse gli stessi valori del medico riguardo alla salute e che si affidasse al suo discernimento.

Un buon paziente era un paziente docile, remissivo, obbediente, che interferiva il meno possibile; la sua autodeterminazione era molto limitata: nel migliore dei casi poteva scegliere il medico e accettare o non accettare globalmente quanto proposto.

► Modello informativo

Secondo questo modello il medico è un tecnico competente, che informa adeguatamente il paziente sulle possibili scelte e i loro sviluppi e il paziente decide in base ai suoi valori.

Il problema è che spesso il paziente rifiuta le informazioni che gli vengono date dal medico, se sono diverse dai convincimenti, che lui si era già

formato; ci si domanda se sia corretto persuaderlo ad accettarle ed in caso affermativo come si faccia a farlo o se al contrario ci si debba limitare a informarlo, anche se lo scopo della professione medica è la cura.

Gli altri due modelli presentati da Emanuel e coll. non si caratterizzano solo per una maggior accentuazione dell'enfasi sull'autonomia e il diritto del paziente all'autodeterminazione ovvero a ricevere spiegazioni e chiarimenti e decidere a quale trattamento sottoporsi o non sottoporsi affatto; infatti comprendono approcci che tendono a far sì che l'ampliamento delle conoscenze del paziente non resti fine a se stesso.

Il medico, quindi, affianca il paziente durante il processo di acquisizione, elaborazione, interpretazione delle informazioni che gli sono state date; il medico stimola un processo di crescita; la relazione è finalizzata ad aiutare il paziente.

► Modello interpretativo

Secondo il modello interpretativo il medico deve comprendere quali siano i valori in cui crede il paziente, portare alla luce i conflitti, stimolare la presa di coscienza con l'obiettivo di indurre il paziente a comportarsi coscientemente secondo i propri valori. Il medico è quindi consigliere e consulente del paziente (*counselor*). Alla base del modello interpretativo

c'è il convincimento che il paziente debba acquisire autoconsapevolezza e che questo sia rilevante per l'andamento delle cure.

► Modello deliberativo

Il modello deliberativo prevede che il medico sia amico e maestro del paziente, che lo informi, che discuta con lui delle scelte e gliene presenti i vantaggi e gli svantaggi, che precisi la sua posizione e la sostenga senza imporla, accettando le decisioni del paziente.

Dal paziente ci si aspetta altrettanto apertura e capacità di revisione delle sue credenze sulla salute.

Alla base del modello deliberativo c'è il convincimento che sia rilevante per l'andamento delle cure la capacità del paziente di sviluppo e cambiamento.

► Modello negoziale

Lo psichiatra statunitense Richard Botelho descrive un modello negoziale (A negotiation model for the doctor-patient relationship. *Fam Pract* 1992; 9; 210-216).

Secondo tale modello la relazione è negoziata di volta in volta; lo stile di relazione, quindi, non è unico, perché nessuno stile è il più appropriato in assoluto, ad essere costanti sono l'accettazione del conflitto e l'adozione, per risolverlo, di uno stile negoziale, acquisito attraverso un training, che utilizza videoregistrazione e analisi delle consultazioni.

In sintesi la negoziazione è l'unico metodo decisionale possibile.

► Modello etico-contrattuale

Il concetto di agenda del medico (gli obiettivi che si pone e come pensa di raggiungerli anche in relazione ai propri valori personali) e di

agenda del paziente (cosa si aspetta dal medico e cosa desidera nel momento in cui gli si rivolge) che devono essere approfondite e discusse, per giungere ad un *agenda comune*, si deve a *John F. Middleton* (The exceptional potential of the consultation revisited. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 383-386).

Sotteso ai modelli relazionali che hanno sostituito quello paternalistico è il modello etico contrattuale: medico e paziente sono soggetti autonomi, che negoziano e sottoscrivono liberamente un patto, indipendentemente dal fatto di condividere o meno la stessa visione morale (H.T. Engelhardt Jr. *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1999).

L'introduzione nella prassi medica del consenso informato è ispirata a questi principi.

► Conclusioni

Il problema che il modello contrattuale non risolve è che la relazione medico-paziente non è una relazione simmetrica, per il carico di responsabilità (formulare diagnosi e proporre soluzioni) che investe il medico.

Ad ogni modo, oggi, il buon paziente non è più quello che si limita a tacere e ad acconsentire.

Il buon paziente è quello che fa tutte le domande che gli sono necessarie per comprendere la sua situazione ed essere così in grado di fare le sue scelte con l'aiuto professionale del medico.

Infatti uno degli obiettivi della relazione di cura è oggi considerato l'*empowerment* del paziente ovvero una sua crescita - ottenuta attraverso l'ascolto, l'empatia, il sostegno - che ne faccia emergere tutte le risorse, rendendolo così capace di prendere le decisioni necessarie.

Certamente il paziente avrà diritto ad un supporto da parte del medico e ne avrà bisogno.

Ma si tratterà di un aiuto professionale, che dovrà essere sempre rispettoso della autonomia e della libertà di scelta della persona malata. Val la pena di ricordare le enormi ricadute pratiche di queste considerazioni teoriche.

Dal riconoscimento della centralità della relazione e dalla modalità relazionale adottata, dipendono: la qualità del processo diagnostico a cominciare dal suo primo e fondamentale momento, quello dell'anamnesi; informazione e consenso; le modalità decisionali da applicare ad ogni procedura o strategia diagnostica, terapeutica, preventiva, di follow-up o di regime di vita; la preferenza per una continuità assistenziale relazionale (*personal continuity*) piuttosto che per una continuità di processo (*longitudinal continuity*); il rapporto di fiducia con un medico piuttosto che con una struttura; le modalità con cui viene condotta la consultazione; il tipo di assicurazione che il medico offre al paziente; l'atteggiamento del medico rispetto al placebo; l'importanza data ai problemi psichici e all'espressione corporea delle emozioni; la gestione dei possibili errori; l'atteggiamento nei confronti dei pazienti "difficili", di quelli con sintomi funzionali, di quelli terminali; le modalità organizzative; il peso che viene dato alla soddisfazione del paziente.

Bibliografia

- Botto ME. Umano, forse troppo. *Genova Medica* 2019; n. 5: 17-18.
- Botto ME. Medici buoni e pazienti cattivi? *Genova Medica* 2019; n.1: 16-17.

Sedentarietà e rischio di mortalità

Stare fermi ad una scrivania o sul divano per dieci ore o più al giorno è un fattore associato a un aumentato rischio di morte. Di contro qualsiasi livello di attività fisica, indipendentemente dall'intensità, è associato a un rischio di morte sostanzialmente inferiore

L'attività fisica - indipendentemente dall'intensità - e minori quantità di tempo passati in sedentarietà sono associati a un minor rischio di mortalità prematura negli adulti. Sono le nuove evidenze emerse da una metanalisi pubblicata sul *BMJ*. Nello specifico i risultati mostrano che lo stato di sedentarietà, ad esempio stare fermi per circa 10 ore o più al giorno (escluso il tempo trascorso a dormire) è associato ad un aumentato rischio di morte. Precedenti studi hanno ripetutamente suggerito che il comportamento sedentario è negativo e l'attività fisica ha ricadute positive sulla salute e sulla longevità. Le linee guida dell'OMS raccomandano almeno 150 minuti di moderata o 75 minuti di vigorosa attività fisica ogni settimana, ma esattamente quanta attività (e con quale intensità) sia necessaria per proteggere la salute è ancora oggetto di studio.

► La ricerca

Per approfondire ulteriormente questo aspetto i ricercatori della Norwegian School of Sport Sciences di Oslo hanno analizzato studi osservazionali nei quali sono stati utilizzati accelerometri per misurare l'attività totale in conteggi al minuto (cpm) del tempo di indossamento. L'intensità è stata stimata in *leggera* (per es. cammino lento, cucinare o lavare i piatti), *moderata* (camminata veloce, attività di giardinaggio), *vigorosa* (jogging, tra-

sporto di carichi pesanti, ecc). Sono stati inclusi i dati di otto studi su 36.383 adulti (età media 62 anni) monitorati per 5.8 anni. Il livello di attività è stato classificato in quattro sezioni (dai meno attivi ai più attivi). Durante il follow-up, 2149 soggetti (5.9%) sono deceduti.

► Risultati

Dopo aver adattato i fattori potenzialmente influenti, i ricercatori hanno scoperto che qualsiasi livello di attività fisica, indipendentemente dall'intensità, era associato a un rischio di morte sostanzialmente inferiore. Le morti sono diminuite drasticamente quando l'attività totale è aumentata fino a un plateau di 300 cpm. Una diminuzione altrettanto ripida delle morti si è verificata con l'aumentare della durata dell'attività fisica leggera, fino a un plateau di circa 300 minuti (5 ore) al giorno e di attività fisica di intensità moderata di circa 24 minuti al giorno.

La più grande riduzione del rischio di morte (circa il 60-70%) è stata tra il primo quarto (meno attivo) e l'ultimo quarto (più attivo), con circa cinque volte più decessi in quelli inattivi rispetto a quelli più attivi. Secondo i ricercatori ciò rafforza l'opinione secondo cui ogni attività fisica è benefica e realizzabile per una ampia parte della popolazione. Al contrario, passare 9.5 ore o più ogni giorno seduti/sdraiati è associato a un aumento statisticamente significativo del rischio di morte.

► Commento

“Questo studio sottolinea l'importanza del movimento anche secondo le indicazioni dell'OMS - commenta **Dario Manfellotto**, direttore del Dipartimento Discipline Mediche e UOC Medicina Interna dell'Ospedale Fatebenefratelli di Roma. “Il nuovo dato è quello della quantificazione in 9.5 ore passate in sedentarietà come fattore di rischio di malattia e di mortalità. Questo può essere comunicato con semplicità: il messaggio da diffondere tra i cittadini potrebbe semplicemente essere sedersi di meno e spostarsi sempre più spesso”. Anche in un editoriale gli AA riconoscono che aumentare l'attività a livello di popolazione è una sfida, ma anche che “camminare” è un obiettivo perseguibile: è un intervento semplice, gratuito, realizzabile anche per gli anziani e raramente controindicato.

Bibliografia

- Ekelund U, Tarp J, Johannessen JS et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*, 2019; 14570 DOI: 10.1136/bmj.14570



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Dario Manfellotto