

M.D.

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

Anno XXI, numero 7 - 20 ottobre 2014

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

CONTRAPPUNTO 11

**Anatomia e diagnosi
del disagio professionale:
a quando la terapia?**

CLINICA 23

**Diagnosi preclinica
della malattia di Parkinson**

RASSEGNA 32

**Le tecniche di rianimazione
cardiopulmonare**



Roberto Romizi

Medicina Generale

Presidente Associazione Medici per l'Ambiente-ISDE Italia

Medici di famiglia "sentinelle" della salute dei cittadini

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

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Medici di famiglia sentinelle della salute dei cittadini 5
- **Focus on**
H24, Mmg bocciano Aft, Uccp e la mancanza di formazione 6
- **Professione**
In Veneto scoppia la rivolta delle impegnative 8
- **Tribuna**
Se il buongiorno si vede da "Il Mattino"... 9
- **Riflettori**
Il rinnovo dell'Acn nel tritacarne dei congressi sindacali 10
- **Contrappunto**
Anatomia e diagnosi del disagio professionale: a quando la terapia? 11
- **Prospettive**
Risparmi miliardari dalla telemedicina? Sì, ma, forse 18
- **Italia sanità**
In tempo di crisi si taglia su tutto, anche sulla salute 19
- **Riflessioni**
L'antieroe nello studio del medico 20

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
Progressi nella terapia del diabete: focus sui nuovi inibitori della DPP-4 22
- **Neurologia**
Diagnosi preclinica della malattia di Parkinson 23
- **Prevenzione cardiovascolare**
ASA in prevenzione primaria CV: verso un nuovo paradigma? 24
- **Oncologia**
Chemio e radioterapia in gravidanza non sembrano danneggiare il feto 26
- **Pneumologia**
Malattie respiratorie e differenze di genere: ricadute cliniche 27
- **Lipidologia**
Il controllo delle LDL passa dagli inibitori del PCSK9 28

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 30
- **Rassegna**
Le tecniche di rianimazione cardiopolmonare 32
- **Pratica medica**
Aborto e patologia respiratoria tubercolare: causa o effetto? 42
- **Osservatorio**
Come sarà la prossima stagione influenzale 44
- **Profili**
Focus sul dolore articolare nell'anziano 45
- **Farmaci** 46

Medici di famiglia “sentinelle” della salute dei cittadini

Una rete di Medici Sentinella per tenere sotto sorveglianza le patologie ambiente-correlate e per presidiare la salute dei cittadini. È questo il progetto pilota presentato di recente a Udine in un Convegno Europeo promosso dalla FNOMCeO, sotto l’egida del ministero della Salute, della Regione, del Comune e dell’Associazione Medici per l’Ambiente (ISDE).

Un progetto ambizioso, che, secondo quanto sottolineato a *M.D.* da **Roberto Romizi**, Presidente Associazione Medici per l’Ambiente, ISDE-Italia, nasce da una necessità improrogabile: incidere, attraverso la prevenzione primaria, sui fattori di rischio ambientali. Non va infatti dimenticato che nel mondo il 24% delle malattie e il 23% delle morti sono state attribuite a fattori ambientali modificabili, nei bambini più di un terzo delle patologie. “L’inquinamento di origine ambientale è ubiquitario e capillare - chiosa Romizi - interessa tutta la popolazione e riguarda non solo le patologie neoplastiche, ma tutte le patologie cronico-degenerative. In un tale contesto la medicina generale diventa un *setting* privilegiato per poter svolgere un’efficace azione di prevenzione primaria”. I Mmg possono essere in grado di rilevare precocemente, nello svolgimento della loro attività, anomale frequenze di eventi avversi svolgendo il ruolo di ‘sentinelle’. “Il medico sentinella - precisa Romizi- può rappresentare il punto di raccordo tra popolazione, istituzioni e comunità scientifica, può avere una funzione di mediatore dei conflitti ambiente-salute correlati. La costituzione di una rete facilita la raccolta di dati e di informazioni che potranno essere messe velocemente in correlazione”.

L’impegno profuso dall’ISDE in questi anni ha fatto sì che la popolazione veda nel medico di famiglia un interlocutore privilegiato delle problematiche ambientali. “L’esperienza acquisita sul campo - sottolinea Romizi - mi porta ad affermare che i cittadini in merito alle istanze di salute ambientale fanno riferimento prevalentemente al Mmg piuttosto che all’igienista, al medico del lavoro o all’epidemiologo che sono le figure professionali deputate e sicuramente più competenti”. Secondo il presidente dell’ISDE ciò è legato al fatto che il medico di famiglia, in quanto tale non è vissuto come emanazione ‘diretta’ delle istituzioni verso cui i cittadini hanno perso fiducia. La Medicina Generale è quindi chiamata a dover investire sempre più nella sorveglianza ambientale-sanitaria e dovrà farlo sia in termini di ricerca, sia di promozione che di formazione.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l’intervista a Roberto Romizi

H24, Mmg bocciano Aft, Uccp e la mancanza di formazione

Secondo i risultati di un'indagine pubblicata di recente da Il Sole 24 Ore il 40% dei medici intervistati dice no alla riorganizzazione delle cure primarie, fondata sulle Aft e le Uccp

Ha fatto discutere l'indagine pubblicata da Il Sole 24 Ore e realizzata da Compu-Group Medical Italia Group. Proprio nei giorni in cui si stava svolgendo il 70° Congresso Nazionale Fimmg, si sono scaldati gli animi per le risposte date dai 1.640 medici (1305 Mmg e 335 pediatri di libera scelta). Osservando i risultati, salta agli occhi una netta bocciatura della ristrutturazione in arrivo, fondata sulle Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) e le Uccp (Unità complesse di cure primarie). Ad una prima domanda generale, il 40% dei medici ha risposto di non essere 'd'accordo' con la revisione delle cure primarie, mentre il 38% lo è 'solo in parte'. Un sondaggio che comunque non convince **Silvestro Scotti**, vicesegretario vicario Fimmg che pone dei 'dubbi': "Si tratta di un sondaggio il cui campione su cui è stato realizzato non mi convince - dichiara Scotti -. Fimmg, attraverso il suo Centro Studi ha effettuato indagini i cui risultati dicono esattamente l'opposto".

A spingere sui tasti del disaccordo è soprattutto la percezione di un'effettiva realizzabilità dell'h24 sul territorio e la formazione del medico per operare nelle nuove forme organizzative - giudicata inadeguata dall'80% degli intervistati.

"Ma l'h24 esiste già - dichiara **Maria Paola Volponi**, responsabile area convenzionata dello Smi (Sindacato Medici Italiani). Il problema è un altro, l'h24 attuale, formato dai

medici di famiglia, i medici di continuità assistenziale e dalla rete del 118, non è in connessione: il problema reale è far circolare le informazioni tra gli addetti al sistema mettendoli in rete". "Ma la risposta - tiene a sottolineare Volponi - non può certamente essere il Fascicolo Sanitario Elettronico".

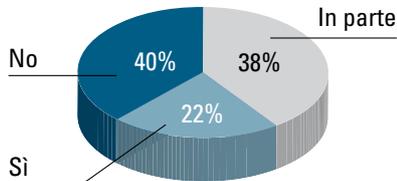
Una presa di posizione così 'eclatante' da parte dei Mmg e dei pediatri, secondo Scotti, può essere sicuramente imputata al fatto che sulla riforma delle cure primarie c'è una informazione carente. "I medici non hanno un'informazione adeguata rispetto alla realtà del progetto di riforma - precisa Scotti -. Se si chiede al Mmg se pensa sia realizzabile l'h24, egli tende a pensare che dovrà essere reperibile 24 ore su 24, ma non è così. Il problema è che l'h24 va creato rispetto ad un coordinamento con i medici di famiglia e tra i medici di famiglia, sul territorio. Una informazione corretta e scevra da pregiudizi, secondo il vicesegretario vicario Fimmg condurrebbe a ben altri risultati: "i medici capirebbero che la messa in atto della riforma porterebbe un significativo risparmio sugli attuali carichi di lavoro dei Mmg".

In merito alle carenze formative tra i due rappresentanti sindacali c'è una convergenza di vedute anche se con i dovuti distinguo. "Non abbiamo la formazione per integrarci prima di tutto tra medici - precisa Volponi - perché siamo sempre stati abituati a lavorare da soli, ma or-

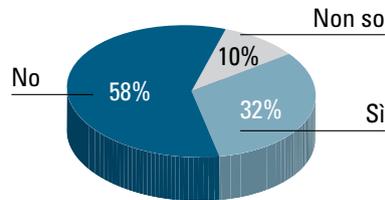
Figura 1

Risultati dell'indagine realizzata da CompuGroup Medical Italia Group per conto de Il Sole 24 Ore

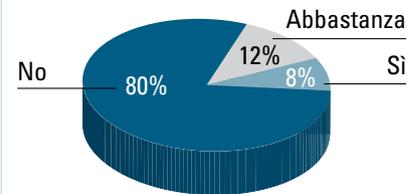
È d'accordo con la revisione delle cure strutturate in Aft e UCP?



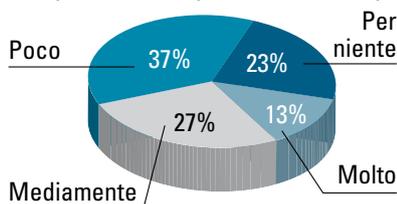
Nella sua realtà esistono già forme organizzative analoghe?



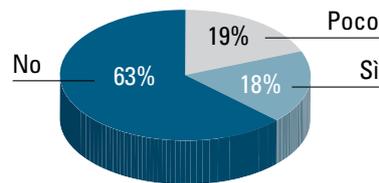
Pensa che Mmg e Pls siano formati adeguatamente per operare nelle nuove forme organizzative?



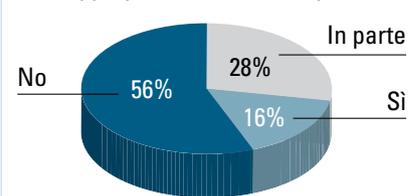
A suo parere l'assistenza ai pazienti troverà giovamento dall'offerta multiprofessionale prevista nelle Uccp?



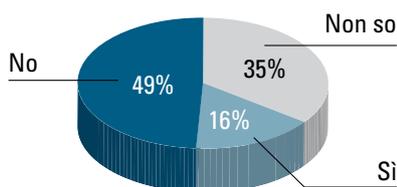
Pensa che l'h24 sia effettivamente realizzato nel suo territorio?



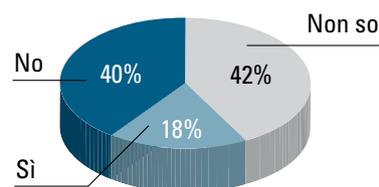
Pensa che l'h24 sia utile a migliorare le cure offerte ai pazienti e a scongiurare l'inappropriato ricorso all'ospedale?



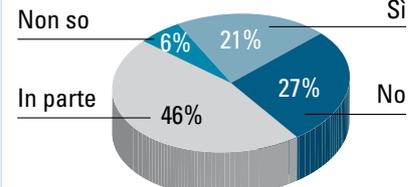
Pensa che la sua Asl sarà in grado di adeguarsi con rapidità a ricetta elettronica e Fse?



Medicina d'iniziativa, farmacia dei servizi e distretto-regista contribuiranno a costruire la rete delle cure primarie?



La comunicazione e la semplificazione di alcune procedure tramite il web miglioreranno il rapporto con i pazienti?



mai il lavoro in *team* è indispensabile: l'invecchiamento della popolazione, il conseguente aumento delle cronicità e la prospettiva di una diminuzione del numero assoluto dei medici (nel 2016 ci saranno 1 milione di italiani senza Mmg), deve comportare per forza una modifica dei metodi di lavoro. Proprio per questo motivo bisogna puntare sul Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. È quella la fase propedeutica più consona per mettere in connessione i giovani, tra di loro e con le figure del territorio e

degli ospedali". Pur concordando sul fatto che i medici di famiglia siano poco abituati a lavorare in *team*, Scotti tiene a puntualizzare che in ambito formativo occorre fare un salto di qualità. "C'è bisogno di una formazione in medicina generale capace sia di creare comunicazione e relazione tra parie sia leadership funzionali e non gerarchiche". Secondo Scotti ciò permetterebbe di dare una risposta più appropriata alla tipologia dei bisogni che il medico affronta quotidianamente nell'esercizio della professio-

ne: "Se c'è un bisogno organizzativo o un bisogno diagnostico, o qualunque altro tipo di bisogno - conclude il vice segretario vicario Fimmg - il Mmg deve essere in grado di capire a chi rivolgersi per un esito migliore del servizio offerto".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Silvestro Scotti e Maria Paola Volponi

In Veneto scoppia la rivolta delle impegnative

La materia del contendere è una questione ormai annosa: i codici di priorità con cui vidimare le impegnative per le visite specialistiche e gli esami diagnostici. Ad oggi una responsabilità scaricata interamente sulle spalle dei medici di medicina generale

Non abbiamo la palla di cristallo: è una semplice constatazione di fatto, quella da cui sono partiti i medici di famiglia veneti per dichiarare aperte le ostilità contro la Regione. La materia del contendere è una questione ormai annosa: i codici di priorità con cui marchiare le impegnative per le visite specialistiche e gli esami diagnostici. Ad oggi una responsabilità scaricata interamente sulle spalle dei medici di medicina generale.

“Tutto è nato dalla delibera 600 del 2007 con cui la Regione Veneto ha stabilito le priorità, demandando alla contrattazione con i sindacati la definizione delle modalità di applicazione”, spiega **Brunello Gorini**, segretario della Fimmg di Treviso. Da allora si sono susseguiti vari assessori alla Sanità, ma della contrattazione neanche l’ombra. È quindi toccato al medico decidere la velocità con cui con il Servizio sanitario avrebbe dovuto offrire la prestazione in base alla presunta gravità del paziente. “In questo modo hanno scaricato sui medici di famiglia la responsabilità di dire al paziente se può attendere oppure no per fare le analisi” - commenta Gorini -. Ma le indagini che richiediamo ci servono a fare la diagnosi: per stabilire la priorità da mettere sulla ricetta, dovremmo fare delle congetture su quello che potrà essere l’esito dell’esame stesso, ma noi non abbiamo la palla di cristallo. Si tratta di una situazione insostenibile, che prima o poi rischia di sfocia-

re in contenziosi medico-legali, oltre che generare problemi nel rapporto medico-paziente”.

► Dalle parole ai fatti

Da qui la decisione di dare vita ad una vera e propria rivolta delle impegnative. “A tutela dei medici e dei pazienti stessi, abbiamo deciso di non mettere più le priorità differite e programmate e di lasciare libere le prescrizioni. Se l’appuntamento, a giudizio del paziente, non viene dato in un tempo accettabile, non deve fare altro che tornare dal medico per una seconda valutazione. Si tratta di un aggravio per il nostro lavoro, perché rischiamo di vedere la stessa persona due volte, ma consente di avere una visione molto più attenta e riequilibrata sul tempo che dà l’Azienda”. Questa ‘guerra buona’ sta divampano tra gli oltre 500 medici della provincia di Treviso, ma presto potrebbe estendersi a tutto il Veneto. “È una protesta che va a vantaggio non solo dei cittadini, ma anche del Servizio sanitario: ci rendiamo conto - conclude Gorini - che siamo noi medici gli unici che lo stanno difendendo”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull’argomento

Se il buongiorno si vede da “Il Mattino”...

Una colata di fango e polemiche sui medici di famiglia arriva dal quotidiano “Il Mattino” di Napoli. Dopo aver promosso un Forum interamente dedicato alla sanità in Campania, il giornale ha pubblicato in prima pagina un articolo a dir poco polemico intitolato “Medici di famiglia, la rendita intoccabile”

Elisa Buson



Medici di famiglia? Una categoria finita nelle retrovie del Ssn, “barricata nelle trincee delle rendite di posizione”, una corporazione che vuole difendere la sua “attività professionale protetta, poco impegnativa e ben retribuita”. Questi sono solo alcuni passaggi dell’articolo di **Antonio Galdo**, pubblicato di recente sul *Mattino* che ha suscitato indignazione e polemiche. I Mmg forti della loro rendita di posizione avrebbero messo in difficoltà l’intero sistema sanitario, specialmente i Pronto Soccorso sempre più intasati. Richiamando per l’ennesima volta l’immagine del dottor Tersilli, il medico della mutua interpretato da Alberto Sordi, Galdo punta il dito contro chi ha azzeppato la riforma avviata dall’ex Ministro Balduzzi, criticando l’attuale titolare del dicastero della Salute Beatrice Lorenzin (“*molto sensibile alle sirene delle corporazioni*”) con cui si sarebbe tornati indietro, “*con il passo del gambero all’italiana, alla più tenue e opaca sperimentazione*”.

► Le reazioni e i sospetti

I medici di famiglia, hanno reagito a questo attacco in maniera un po’ scomposta. Dopo le prime repliche stizzate di singoli medici su vari *blog* campani, hanno alzato la voce i sindacati, primo fra tutti lo Snam, con il presidente nazionale **Angelo Testa** che chiede l’intervento immediato

della FNOMCeO.

“Francamente - afferma Testa - in oltre vent’anni di sindacalismo attivo non avevo mai visto così tante inesattezze messe ad arte in sequenza tanto cattiva quanto espressione lontana anni luce dalla realtà”. “Non mi è chiaro se questo signore - continua **Giorgio Massara**, presidente di Snam Campania - è andato completamente fuori tema o è ispirato da chi ha forti interessi a delegittimare un comparto, la Medicina Generale, che il nostro non sa o finge di non sapere, è il più gradito dai cittadini. Allora perché questa operazione di denigrazione? Qualche idea l’abbiamo ed indagheremo per averne la conferma”.

Sospetti altrettanto pesanti vengono sollevati da **Silvestro Scotti**, vice segretario vicario Fimmg. “L’articolo di Galdo è stato pubblicato non solo su *Il Mattino*, ma anche sul *Corriere Adriatico* nella stessa giornata e il giorno successivo sul *Quotidiano di Puglia*”, ricorda Scotti. “Sono tre testate appartenenti tutte alla stessa linea editoriale: evidentemente c’è un progetto. Le ipotesi sono due: o il giornalista sta preparando una provocazione per pubblicizzare un suo nuovo libro, oppure - prosegue Scotti - c’è stato un input da parte dell’editore. Non vorremmo che il progetto della medicina territoriale stia determinando qualche problema a qualche cosiddetto potere forte”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l’intervista a Silvestro Scotti

Il rinnovo dell'Acn nel tritacarne dei congressi sindacali

La bozza della nuova convenzione per le cure primarie, proposta dalla Sisac, è finita nel "tritacarne" dei recenti congressi sindacali dei Mmg che l'hanno sminuzzata e risputata al mittente con un delizioso contorno di polemiche e liti a distanza

Eliana Pasetti

Ad aprire le danze delle critiche contro il documento della Sisac, per il rinnovo della convenzione in MG, è stato il congresso dello Snami svoltosi a Roma. Il presidente, **Angelo Testa**, si è scagliato duramente contro le ipotesi di trasformazione del territorio previste dalla legge Balduzzi. In particolare, Testa, sul 'ruolo unico' pur riconoscendone l'opportunità, ha manifestato dubbi e perplessità, auspicando che nelle future aggregazioni i compiti e le funzioni delle diverse figure professionali rimangano nettamente distinte sotto la regia unica del Mmg.

Pesanti critiche contro il documento della Sisac sono state mosse anche dallo Smi che ha riunito la segreteria straordinaria a Roma. "Il testo - afferma il segretario generale **Salvo Calì** - è evidentemente la naturale conseguenza della legge Balduzzi, e, se consentite l'ironia, di una scellerata ed effimera relazione d'amore h24: quel provvedimento, infatti, è figlio della condiscendenza di alcune sigle sindacali, che oggi ne disconoscono la paternità".

Saranno forse fischiate le orecchie a **Giacomo Milillo**, appena rieletto segretario generale della Fimmg nel congresso di Santa Margherita

di Pula. Nella sua relazione ha dedicato solo un accenno alla trattativa, tornando sul ruolo del Mmg e sulla proposta di art. 1 avanzata dal sindacato che rappresenta. Ma non ha dimenticato di dare qualche stiletta alla Conferenza delle Regioni, accusata di aver avuto negli ultimi anni "un atteggiamento pericolosamente aggressivo ed inutilmente ostile nei confronti della categoria".

► L'apertura della Fimmg a mutue e fondi integrativi

Ma il piatto forte Milillo lo ha servito all'inizio della sua relazione al congresso, con un pesante antipasto sulla sostenibilità della sanità pubblica. "Dobbiamo prendere atto - ha detto Milillo - che non è mai stata realizzata, e tanto meno potrà esserlo in futuro, la sostenibilità di un Ssn che fornisca tutte le prestazioni di assistenza necessarie alla tutela della salute ponendole ad esclusivo carico della fiscalità generale, cui tutti, in teoria, dovrebbero contribuire in proporzione al loro reddito. Già oggi il cittadino vede sempre più prestazioni a proprio totale carico e per l'assistenza sanitaria ora erogata dal Ssn è necessario prevedere un concreto

contributo dell'assistito nel momento in cui usufruisce della prestazione. La sfida non è più evitare questa contribuzione, ma renderla il più equa possibile, rispettando comunque il dettato costituzionale della gratuità agli indigenti". La sua apertura "a mutue o a società di mutuo soccorso e a Fondi integrativi alimentati da meccanismi di welfare contrattuale" è stata bocciata senza appello da **Ivan Cavicchi**, già sindacalista Cgil ed ex direttore generale di Farmindustria. Nel suo *blog* su *Quotidiano Sanità*, Cavicchi ha commentato: "sostenere come fa Milillo che l'unica strada per assicurare la sostenibilità del Ssn è quella di limitare la tutela pubblica ai soli indigenti, non è solo una manifestazione di cinismo, ma è anche una offesa all'intelligenza. Sembrerebbe così che i Mmg non abbiano alcuna responsabilità circa l'andamento della spesa sanitaria di questi anni e che abbiano fatto di tutto per cambiare le cose. Ma non è così". Non si è fatta attendere la risposta stizzita del segretario Fimmg, affidata ad un *tweet*: "insopportabile chi frain-tende strumentalmente per sollecitare interesse e sterili polemiche mediatiche".

Anatomia e diagnosi del disagio professionale: a quando la terapia?

In questi ultimi anni il disagio dei Mmg è cresciuto a dismisura assumendo nuovi connotati. Modificare un immaginario collettivo e stereotipi sociali dalle profonde radici storiche e fronteggiare una tumultuosa evoluzione epidemiologica, scientifica e tecnologica, è per i medici di famiglia un'impresa ardua

Giuseppe Belleri - *Medicina Generale, Flero (BS)*

Il disagio dei Mmg rispetto a 15 anni fa si è acuito, ha assunto nuovi connotati e manifestazioni, correlate ad un coacervo di concause e fattori determinanti. Prima di tutto è cambiato il luogo in cui si esprime il malessere della categoria. Fino alla fine del secolo scorso il disagio emergeva qua e là nelle rubriche delle lettere inviate dai lettori alle riviste di area medica, che segnalavano situazioni critiche e problemi di valenza collettiva, spesso dai risvolti sindacali. Dall'inizio del nuovo secolo il malessere si è espresso più che altro per via telematica e con modalità più personalizzate ed informali: dapprima sono state le neonate *Mailing List* (ML) locali e nazionali della categoria ad ospitare sfoghi e lamentele, tanto da essere soprannominate "muri del pianto". Con lo sviluppo dei *Social Network* il muro del pianto si è trasferito su Facebook (FB), dove sono proliferati i gruppi di ispirazione professionale frequentati in prevalenza da giovani colleghi in formazione o da poco entrati in convenzione. Lo strumento telematico ha facilitato l'esposizione di casi clinici, incidenti e criticità di varia natura, con mag-

giore spontaneità ed immediatezza, favorendo l'interattività cioè scambi di opinioni e dialoghi informali tra colleghi quasi in tempo reale.

► Il ricambio generazionale

All'evoluzione degli strumenti di esternazione di un clima emotivo di disagio collettivo corrisponde il lento ricambio generazionale, che vede i Mmg del *baby boom* (classi d'età dal 1946 al 1964) avviarsi gradualmente verso il pensionamento per essere sostituiti dai nuovi Mmg della generazione cresciuta nelle scuole di formazione ed ora in fase di progressivo accesso alla medicina convenzionata. Ecco quindi una schematica analisi psico-sociale ed organizzativa, in una sorta di passaggio di consegne del malessere della categoria, come emerge dalla variegata casistica dei Social:

- la medicina è sempre più tecnologica ed iper-specialistica e quindi spiazza le cure primarie, sia per le obiettive difficoltà a tenere il passo delle innovazioni sia perché il Mmg è per sua natura un medico a basso tasso tecnologico, abituato a coltivare la relazione e più vicino al mon-

do della vita degli assistiti che non alla tecnologia biomedica; la MG per sua natura occupa una posizione di confine, un po' indefinita e ambigua, tra salute e malattia, fisiologia e patologia, sistema sociale ed organizzazione sanitaria;

- si è ipertrofizzato, per via del riassetto istituzionale del sistema, il ruolo dei servizi di urgenza-emergenza in un modo che 15-20 anni fa era inimmaginabile, per cui ogni situazione acuta o potenzialmente tale non può che finire presto o tardi in PS, laddove l'offerta di tecnologia ospedaliera è pronta, varia e facilmente accessibile; inoltre non esiste praticamente la possibilità di accedere al ricovero con la sola richiesta del Mmg, se non dopo aver superato il severo filtro del PS, con uno spostamento dell'asse decisionale a sfavore della Medicina Generale. Si accentuano così i fenomeni di *by-pass* delle cure primarie. Il Mmg vive tutto ciò come un'implicita squalifica del proprio ruolo professionale che segna il definitivo declino della funzione di *gate-keeper* del sistema attribuito in passato alle cure primarie;
- sul versante delle terapie la MG soffre di una doppia concorrenza. Da un

lato l'introduzione di farmaci frutto di ricerche biotecnologiche e rivolti a nicchie di patologie sposta in sede nosocomiale la prescrizione e la gestione delle terapie croniche a maggiore impatto clinico ed economico, emarginando di fatto le cure primarie. Dall'altro la multiforme fenomenologia di disturbi o veri stati patologici orfani spesso di una diagnosi e di cure "ufficiali", di dimostrata efficacia, è soddisfatta dalla variegata offerta delle medicine non convenzionali sul territorio, in implicita concorrenza con la MG;

- a complicare il quadro si aggiunge la tendenza all'individualismo della categoria (*divide et imperat*), una spietata concorrenza tra professionisti delle cure primarie in certi contesti sociali, alimentata dal ricatto della scelta-revo- ca, e il ritardo nella diffusione di forme associative ben strutturate.

► Informazione via web e tecnomedicina

La diffusione dell'informazione via web ha attenuato la tradizionale asimmetria informativa tra medico e paziente, pilastro di una medicina paternalistica; assistiti sempre più informati diventano pazienti 'istruiti' e spesso 'esigenti', che trovano nel Mmg un interlocutore a cui imporre il proprio punto di vista, magari spalleggiati da autorevoli specialisti di riferimento; in certi casi l'accesso alla rete sortisce un'inedita asimmetria relazionale a favore dell'assistito, specie quello affetto da malattia rara che, per esperienza diretta ed adesione a reti di auto-aiuto sui social, finisce per essere più informato, esperto e 'competente' del medico curante;

Il successo della tecnomedicina iperspecialistica ospedaliera sulle patologie acute si traduce uno speculare incremento delle forme croniche, la cui domanda di presa in cari-

co, gestione sul lungo periodo ed assistenza continuativa ed integrata non può essere soddisfatta dall'ospedale, ma viene solo parzialmente intercettata dalla medicina di primo livello, poco organizzata, poco propensa ad aderire a forme associative ben organizzate ed orientata più verso l'offerta di cure episodiche.

► Riforme e stereotipi

La svolta manageriale, impressa all'organizzazione sanitaria dalle ultime riforme, ha avuto effetti divergenti, ma paradossalmente sinergici sulla medicina del territorio: da un lato ha ridotto l'autonomia professionale e la discrezionalità decisionale dei medici mentre dall'altro ha promosso il cosiddetto 'consumerismo', che ha trasformato il paziente in 'consumatore' di servizi e prestazioni sanitarie da richiedere a proprio piacimento alla medicina di 1° livello. Per giunta il processo di digitalizzazione e dematerializzazione che investe il mondo sanitario contribuisce a creare situazioni di disagio e frustrazione per il frequente malfunzionamento dei programmi e dei collagamenti telematici, che intralciano la continuità dell'attività assistenziale e distolgono spesso il medico dai compiti clinici.

Nonostante l'ormai quasi ventennale esperienza di formazione specifica post laurea l'immagine sociale del Mmg rimane ancorata allo stereotipo del 'medico generico della mutua', a fronte di una pervasività e spiazzante dell'evoluzione in senso tecno-specialistico del sistema che, di per sé, rappresenta un fattore di squalifica della MG, a cui si aggiunge la variegata gamma di 'incidenti' con altri attori del sistema, alimentata dall'immagine pubblica di un medico 'di base' poco qualificato, marginale e in buona sostanza inaffidabile.

A fronte di questo panorama complesso, nel senso dell'interazione di diverse concause a vari livelli, e per contrastare la deriva squalificante verso le cure primarie si rafforza la richiesta pubblica di attribuzione dello status di specialista al Mmg, nel tentativo di recuperare un'identità professionale forte e socialmente visibile per controbilanciare almeno parzialmente alcune delle tendenze sopra delineate, che non vanno certo nella direzione di una promozione della medicina del territorio.

Inoltre il disagio espresso dai nuovi Mmg segnala lo scarto tra le attese coltivate durante la formazione e la concreta realtà del lavoro sul campo. Il fatto è che l'identità professionale non deriva solo da quella che ci si costruisce da se o come esito della socializzazione istituzionale, ma è anche quella che gli interlocutori attribuiscono al professionista, dai colleghi ospedalieri agli assistiti, spesso in sinergia e non sempre sotto il segno dell'apprezzamento. Si tratta quindi di intervenire per modificare un immaginario collettivo e stereotipi sociali dalle profonde radici storiche, perciò radicati e duri a morire, e contemporaneamente fronteggiare una tumultuosa evoluzione epidemiologica, scientifica e tecnologica, che non va certo in una direzione sinergica con la cultura della medicina generale. In altre parole, ricorrendo ad una metafora della filosofia della scienza, si tratta del compito (paradossale?) di riparare e ristrutturare radicalmente la nave, non all'attracco in un porto tranquillo, ma durante la navigazione in acque agitate, se non in piena tempesta, e preservando nel contempo la un'identità originaria, come nel mito di Teseo.

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

Risparmi miliardari dalla telemedicina? Sì, ma, forse

14 miliardi di risparmi per il Ssn. È questa la cifra annunciata a Roma durante i lavori della Conferenza sulla sanità elettronica. Ma c'è chi richiama alla prudenza, giudicando queste cifre molto teoriche

Simone Matrisciano

La Telemedicina sarebbe un toccasana anche per le casse del Ssn. È quanto si evince da uno studio presentato da **Mariano Corso**, direttore scientifico dell'Osservatorio sull'innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano, durante la Conferenza sulla sanità elettronica, svoltasi di recente a Roma. "Con la sanità digitale possiamo arrivare a risparmiare fino a 14 mld - ha dichiarato Corso - 6,8 mld nelle strutture sanitarie (Asl, Regioni, ospedali) e 7,6 mld per i cittadini, dichiara Corso - "Le Asl e gli ospedali potrebbero ridurre le spese in diversi settori grazie alle innovazioni del digitale: 3 mld con medicina del territorio e domiciliare, 1,39 mld con la cartella clinica elettronica, 860 mln con i referti digitali, 370 con i referti via web, 860 mln con la gestione informatizzata dei farmaci", conclude. Cifre da capogiro che tradotte in un risparmio reale vorrebbero dire ossigeno per un Ssn 'malato'. Ma c'è chi si spinge oltre, come **Gregorio Cosentino**, vicepresidente del Cdti (Club Dirigenti Tecnologie dell'Informazione) di Roma: "la Telemedicina - e chiosa Cosentino - sia rimborsabile dal Ssn. È fondamentale assegnare una voce di spesa budgetaria ai servizi di telemedicina". Per Cosentino, i servizi di telemedicina non possono essere utilizzati a discrezione del medico o dell'operatore sanitario, ma è necessario definire percorsi assistenziali standard adattati alle esigenze specifi-

che del paziente e nuovi Pdta per la gestione delle cronicità sul territorio e le disabilità.

► Il richiamo alla prudenza

A sollecitare invece un atteggiamento di cautela verso queste cifre, giudicate "molto teoriche", è il Vice-segretario Generale SIT (Società Italiana di Telemedicina) **Francesco Gabrielli**, il quale sostiene che tali cifre: "non tengono conto del fatto che la vera convenienza per il paziente e l'autentico risparmio per il Ssn, si possono realizzare solo se si associa l'innovazione tecnologica con una modifica sostanziale del percorso assistenziale del malato, delle procedure mediche e dell'organizzazione sanitaria. In altre parole, la Telemedicina, per realizzarsi pienamente, deve poter contare su investimenti mirati all'inserimento dell'innovazione tecnologica, ma anche su un'innovazione dell'organizzazione sanitarie e delle pratiche mediche". La battaglia delle opinioni sul reale valore della telemedicina è in corso, con un orecchio teso a quanto succede dai nostri vicini francesi, dove la Corte dei Conti ha evidenziato il flop del DMP (*Dossier Medicale Personnel* - il nostro Fascicolo Sanitario Elettronico) -. Dopo una spesa di circa 500 milioni in 10 anni, i risultati raggiunti non sono stati all'altezza delle previsioni e la Francia ha deciso di ridimensionare drasticamente l'utilizzo del DMP, dedicandolo solo ai soggetti fragili e alle cronicità.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

In tempo di crisi si taglia su tutto, anche sulla salute

I cittadini sacrificano la propria salute per costi insostenibili. In aumento segnalazioni su peso dei ticket, difficoltà di accesso alle cure, costi crescenti. È quanto emerge dai dati della 17° edizione del Rapporto PIT Salute.

Sembra aver perso di senso il detto popolare "sulla salute non si risparmia": dal Rapporto PIT Salute "(Sanità) in cerca di cura", presentato di recente a Roma dal Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, emerge con grande evidenza che le difficoltà economiche, i costi crescenti dei servizi sanitari e le difficoltà di accesso spingono i cittadini a rinunciare alle cure e a sacrificare la propria salute.

Su oltre 24mila segnalazioni giunte nel 2013 ai PIT salute nazionale e regionali e alle sedi locali del Tribunale per i diritti del malato, quasi un quarto (23,7%, +5,3% rispetto al 2012) riguarda le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie determinate da liste di attesa (58,3%, -16% sul 2012), peso dei ticket (31,4%, +21%) e dall'intramoenia insostenibile (10,1%, -5,3%). Tra i vari problemi lamentati figura anche la grave situazione dell'assistenza territoriale (15,6%, in lieve aumento rispetto all'anno precedente); in particolare le segnalazioni riguardano l'assistenza ricevuta da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (il 25,7% delle segnalazioni, +2,3%), soprattutto perché i cittadini si vedono negata una visita a domicilio o il rilascio di una prescrizione.

► Ridurre i ticket e rafforzare il territorio

"I cittadini oggi hanno bisogno di un Ssn pubblico forte, che offra le risposte giuste al momento giusto e che non aggravi la situazione difficile dei

redditi familiari. È un punto di partenza imprescindibile per impostare la cura appropriata per il Ssn, che non può essere messa a punto senza il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini". Queste le dichiarazioni di **Tonino Aceti**, Coordinatore Nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva. "Dobbiamo innanzitutto ridurre i ticket, scongiurare nuovi tagli al Fondo Sanitario Nazionale e governare seriamente i tempi di attesa di tutte le prestazioni sanitarie, e non solo di alcune come accade ora, mettendo nero su bianco un nuovo Piano di Governo dei tempi di attesa, fermo al 2012. E ancora, affrontare l'affanno che ospedali e servizi territoriali stanno vivendo: per questo accanto agli standard ospedalieri, è necessario procedere subito con quelli di personale e definire gli standard nazionali dell'assistenza territoriale, non previsti neanche dal recente Patto per la Salute". "Infine - sostiene Aceti - non per ordine di importanza, è fondamentale agire seriamente sui Lea, aggiornandoli dopo 14 anni, oltre che strutturare e implementare un nuovo sistema di monitoraggio che fotografi la reale accessibilità degli stessi per i cittadini. Non riusciamo a capire come sia possibile che per il Ministero della Salute le regioni stiano migliorando nella capacità di erogare i Lea, mentre aumentano le difficoltà di accesso per cittadini: il sistema di monitoraggio non sembra fotografare la realtà vissuta dalle persone. Per questo chiediamo che i rappresentanti delle Organizzazioni dei cittadini entrino a far parte formalmente del Comitato di verifica dei Lea. La revisione in atto della normativa sui ticket e dei Lea, stando ad indiscrezioni, profila un gioco al ribasso per i diritti dei cittadini. Per questo le misure devono essere oggetto di confronto e consultazione pubblica".



L'antieroe nello studio del medico

Presso "l'Ambulatorio dell'arte" del dott. Romano Ravazzani, si è aperta a Torino una mostra dedicata all'Antieroe: uno studio medico è forse uno dei posti dove questo concetto può trovare migliore possibilità di essere espresso, compreso, vissuto

Livia Tonti

Lo studio del medico è un buon posto per sentire raccontare storie. Basta una domanda su "come sta?", o un commento, o solo una certa capacità di ascoltare, e delle volte emergono storie di ordinario eroismo, di gestione di una vita difficile, di inglobamento di una malattia all'interno della vita quotidiana, di superamento di limiti che potrebbero essere imposti dall'età, da una disabilità o da indigenza.

Niente a che vedere coi grandi eroi della mitologia, quelli belli, coraggiosi, nobili, altruisti, buoni e asceti all'olimpico della fama eterna. L'eroe ha un'aura divina, quando non è egli stesso un semi-dio, è guidato da una forza superiore, ha egli stesso una forza superiore. È coerente con l'epoca in cui vive, di cui riveste le migliori qualità e diventa un modello a cui ispirarsi e immedesimarsi, almeno nei sogni, perché nella realtà no, non è possibile nemmeno avvicinarsi.

Poi ci sono gli altri, noi, incastrati nella materia della nostra esistenza, a lottare contro i "banali" problemi quotidiani, i nostri limiti terreni e la nostra terrena fisicità.

C'è per esempio la professionista che, con una diagnosi di cancro, continua a lavorare fino all'ultimo e, prima di terminare il suo percorso terreno, ha la freddezza e il corag-

gio, la lucidità e l'amore sufficiente a predisporre le cose, professionali e famigliari, perché possano proseguire anche senza di lei.

C'è la famiglia che ha perso un figlio per una terribile malattia, eppure non nega un sorriso e la compagnia, la gentilezza e l'amore agli amici che la incontrano. "Bisogna pur continuare a vivere" -si potrebbe dire. "Certo, ma dipende da come lo fai".

C'è anche l'88enne che ogni giorno si ricava tempo e spazio nella sua cantina, per scolpire il legno e creare opere d'arte, lui che nella vita ha fatto tutt'altro e che adesso ha mille acciacchi e la moglie che lo sgrida, ma lui va avanti e rifà la Pietà di Michelangelo.

► Eroi ed antieroi

C'è il medico, che ascolta queste ed altre storie delle persone che glielo raccontano, e non si difende dalle emozioni che possono derivargli alzando barriere interpersonali, e nemmeno "esplode", ma forse le fa sue in qualche modo o le sublima.

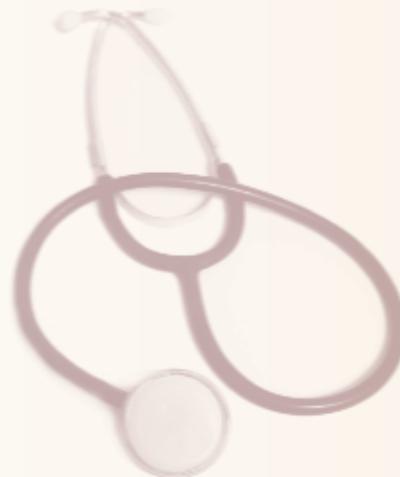
Ed è in questo contesto che trova un suo spazio la mostra, inaugurata il 30 settembre, presso l'Ambulatorio dell'Arte, a Torino, del dott. Romano Ravazzani, intitolata all'"Antieroe". E vengono in mente tutte le persone che superano i confini che

la loro condizione potrebbe imporre, e ascendono davvero a una dimensione "eroica", pur mancando di una delle caratteristiche tipiche dell'"eroe", e cioè la fama, e per questo -solo per questo- definibili "anti-eroi". Senza tralasciare un altro tipo di anti-eroe, quello assoluto e disincarnato dalla realtà storica e sociale in cui vive, che mantiene l'habitus e il piglio di altre ere e altri luoghi, ma che nella realtà attuale assume un significato distorto, stonato, rispetto a quello che vorrebbe rappresentare. Così, tra le opere esposte, trova posto l'obeso Fatman (altro che Batman), Don Chisciotte, Gundama (non certo l'eroico robot da combattimento Gundam che qualcuno ricorderà).

"La consapevolezza della forza derivante dalle qualità delle "persone comuni" -commenta Ermanno Maspina, Docente di letteratura classica dell'Università di Torino - può contribuire in maniera determinante, anche in un protratto periodo difficile, ad aver fiducia nella possibilità di riscatto, come si evince dal contributo dei molti artisti che hanno preso parte alla mostra".

Non sola, tra le opere di grandi artisti, anche una Pietà di Michelangelo, scolpita da un 88enne che nella vita ha fatto tutt'altro e che ogni giorno, un po' alla volta, nella sua cantina, crea delle opere d'arte in legno.

AGGIORNAMENTI



■ **DIABETOLOGIA**

*Progressi nella terapia del diabete:
focus sui nuovi inibitori della DPP-4*

■ **NEUROLOGIA**

Diagnosi preclinica della malattia di Parkinson

■ **PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

*ASA in prevenzione primaria CV:
verso un nuovo paradigma?*

■ **ONCOLOGIA**

*Chemio e radioterapia in gravidanza
non sembrano danneggiare il feto*

■ **PNEUMOLOGIA**

*Malattie respiratorie e differenze di genere:
ricadute in clinica*

■ **LIPIDOLOGIA**

Il controllo delle LDL passa dagli inibitori del PCSK9

■ DIABETOLOGIA

Progressi nella terapia del diabete: focus sui nuovi inibitori della DPP-4

Sin dal loro lancio nel 2006, gli inibitori della DPP-4 (gliptine) sono divenuti un'importante opzione di trattamento per i pazienti con diabete di tipo 2, in considerazione dell'evidenza clinica nell'ottenere un valido controllo glicemico, con un basso rischio di ipoglicemia e senza determinare aumento ponderale.

Oggi sono disponibili diversi inibitori DPP-4 i quali, pur condividendo lo stesso meccanismo d'azione, sono caratterizzati da differenti profili farmacocinetici e farmacodinamici.

Nel corso del 50° Congresso della European Association for the Study of Diabetes (EASD, Vienna, 15-19 settembre 2014) un simposio ha consentito di mettere in luce le differenze farmacologiche tra i diversi inibitori DPP-4 e in particolare è stato presentato il profilo di un nuovo rappresentante di questa classe, alogliptin.

► Effetti di classe

I punti di forza degli inibitori DPP-4 nella terapia del diabete di tipo 2 sono costituiti dalla documentata efficacia clinica associata alla buona tollerabilità. Quando impiegati in monoterapia, questi farmaci deter-

minano una riduzione assoluta dello 0.5-0.8% dell'emoglobina glicata, che diventa più marcata in caso di associazione con metformina, pioglitazone, sulfaniluree o insulina. La tollerabilità è generalmente molto buona, con basso rischio di ipoglicemia, assenza di side-effects gastrointestinali e un effetto neutro sul peso corporeo.

Andando più nel dettaglio è possibile cogliere alcune caratteristiche peculiari dei singoli componenti di questa classe di farmaci.

► Focus su alogliptin

Per quanto riguarda nello specifico alogliptin, molecola di ricerca e sviluppo Takeda, sono stati condotti in tutto il mondo studi clinici controllati che hanno finora coinvolto oltre 13mila pazienti. Alla dose di 25 mg una volta al giorno, alogliptin ha dimostrato di ridurre in maniera statisticamente significativa l'emoglobina glicata in confronto a farmaco attivo o placebo. Questi studi hanno anche dimostrato una bassa incidenza totale di ipoglicemia nei pazienti con oltre 65 anni, maggiormente soggetti al rischio ipoglicemico rispetto ai pazienti più giovani.

La sicurezza e l'efficacia di alogliptin sono state valutate in monoterapia e in terapia aggiuntiva ad altre diverse classi di antidiabetici, mostrando come la co-somministrazione a pioglitazone o metformina produca miglioramenti significativi nel controllo glicemico in confronto alle monoterapie.

Alogliptin è il primo inibitore DPP-4 a evidenziare outcome sulla sicurezza cardiovascolare in pazienti con diabete di tipo 2 con recente sindrome coronarica acuta, avendo mostrato una non-inferiorità in confronto a placebo in aggiunta alla terapia standard, senza alcun aumento di rischio cardiovascolare, con un effetto neutro sul profilo lipidico e con riduzioni statisticamente significative dei trigliceridi totali a 16 settimane dal basale ($p < 0.001$).

Alogliptin ha dosaggi approvati per ogni livello di insufficienza renale, inclusa la malattia renale allo stadio terminale. Oltre che in monoterapia, è disponibile anche in combinazione a dosaggio fisso con pioglitazone e con metformina, per migliorare il controllo glicemico in pazienti adulti non adeguatamente controllati dalla dose massima tollerata di metformina e pioglitazone.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ NEUROLOGIA

Diagnosi preclinica della malattia di Parkinson

Prevenire è meglio che curare. Su questo nessuno ha dei dubbi. Purtroppo però, nel caso di molte malattie neurologiche degenerative, l'esordio sintomatologico che consente di fare diagnosi avviene quando le possibilità di bloccare la malattia sono minime o addirittura assenti. È il caso per esempio della malattia di Parkinson in cui la comparsa della sintomatologia clinica avviene quando il danno cellulare, ovvero la morte delle cellule dopaminergiche della sostanza nera, è già avvenuto: quando il paziente inizia a manifestare i primi segni clinici, infatti, è già avvenuta la morte dell'80% della popolazione neuronale della substantia nigra. Un recente filone di studio però apre le porte a nuove speranze di prevenzione e potrebbe rendere possibile effettuare una diagnosi estremamente precoce se non addirittura pre-motoria, vale a dire prima che facciano la loro comparsa i sintomi motori caratteristici della malattia, come il tremore e la lentezza dei movimenti. Ciò intuitivamente comporta una sorta di rivoluzione nella gestione del paziente: nella fase pre-motoria, infatti, potrebbero essere utilizzati farmaci neuro-protettivi capaci di modificare la storia naturale della malattia stessa. Bisogna porre grande attenzione ad

alcuni disturbi - come il deficit olfattivo (ipo/anosmia), l'agitazione durante il sonno - che non sono specifici della malattia (i disturbi possono essere presenti anche in malattie diverse dal Parkinson) ma non per questo vanno trascurati.

Tra questi, il più importante è il disturbo comportamentale in sonno REM (caratterizzato da comportamenti anormali durante la notte quali urlare, scalcciare, tirare pugni), che è il marcatore predittivo più affidabile di malattia di Parkinson. Circa il 60% dei pazienti con disturbo comportamentale in sonno REM (RBD) sviluppa la malattia di Parkinson entro 10-12 anni.

Ad oggi la diagnosi clinica di RBD deve essere obbligatoriamente confermata dalla registrazione poligrafica effettuata in ambiente ospedaliero che richiede il ricovero del paziente per almeno una notte in centri altamente specializzati con disagio del paziente e costi elevati per il Servizio Sanitario Nazionale. In presenza di RBD, anche in mancanza dei disturbi motori tipici della malattia di Parkinson, il paziente deve effettuare un DAT-scan, una scintigrafia cerebrale necessaria per confermare la diagnosi di Parkinson. Al momento, purtroppo, i costi legati alla diagnostica del RBD e alla scintigrafia con

DAT-scan rendono molto difficile un utilizzo su larga scala al fine di individuare una larga fascia di soggetti a rischio di sviluppare la malattia di Parkinson non consentendo così interventi precoci a largo raggio con i farmaci neuro-protettivi.

La buona notizia è che è stato progettato e realizzato un nuovo strumento portatile, di basso costo e facile uso, indispensabile per effettuare la registrazione poligrafica necessaria per la diagnosi di RBD a casa del paziente (una specie di Holter del sonno). Lo strumento è stato presentato nel corso del XLV congresso della Società Italiana di Neurologia (Cagliari, 11-14 ottobre 2014). Il grande vantaggio di questo nuovo strumento è quello di consentire di individuare i soggetti a rischio di sviluppare la malattia di Parkinson, come sono i soggetti che presentano disturbi del comportamento in sonno, permettendo così una precoce e corretta diagnosi e interventi terapeutici con farmaci neuro-protettivi capaci di arrestare o rallentare il decorso della malattia.

Se la diagnosi spetta allo specialista di riferimento, non è da sottovalutare il ruolo del medico di famiglia che potrebbe cogliere i primissimi segnali di un destino che verrà o che potrà avvenire e suggerire per tempo l'intervento specialistico.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

ASA in prevenzione primaria CV: verso un nuovo paradigma?

Se da un lato non ci sono dubbi riguardo al chiaro beneficio clinico di ASA a bassa dose nella prevenzione a lungo termine del paziente con pregresso evento cardiovascolare maggiore o malattia aterosclerotica conclamata, al punto che la percentuale di pazienti trattati rappresenta un indice di assistenza sanitaria, dall'altro lato l'utilità in prevenzione primaria è argomento dibattuto.

La confusione causata dall'eterogeneità degli studi ha fatto sì che qualche certezza generata dai primi grandi trial (HOT, PPP, ecc) venisse messa in discussione in altri trial più recenti meno favorevoli ma mai negativi.

Spesso il livello di rischio delle popolazioni studiate si è rivelato troppo basso per vedere risultati evidenti.

Il nodo cruciale non sta, di fatto, nell'efficacia della terapia, soprattutto se si considera la riduzione del rischio di primo infarto miocardico, ma del rapporto tra il beneficio cardiovascolare e il rischio di sanguinamento a cui si espone il paziente. Pertanto la domanda più corretta sta nel definire a chi il trattamento giova per davvero (figura 1).

Una considerazione ci viene in aiuto: le evidenze della letteratura scientifica indicano in ogni caso che, mentre il rischio emorragico legato al trattamento con ASA sostanzialmente non si

modifica al variare del profilo di rischio cardiovascolare, l'efficacia preventiva del farmaco cresce all'aumentare del rischio medesimo: all'aumentare del rischio cardiovascolare l'equilibrio efficacia preventiva/rischio di effetti indesiderati (emorragie) si sposta dunque progressivamente a favore dell'efficacia preventiva. In linea con questo pensiero le indicazioni delle linee guida che per anni hanno raccomandato ASA a partire dai pazienti a rischio cardiovascolare moderato-alto¹.

Una conferma arriva dal grande studio, denominato Primary Prevention Project, realizzato in Italia dai medici di medicina generale coordinati dall'Istituto Mario

Negri Sud, che ha studiato una popolazione anziana con multifattorialità di rischio. Lo studio, sospeso prematuramente per ragioni etiche, ha visto una riduzione del 44% altamente significativa della mortalità cardiovascolare².

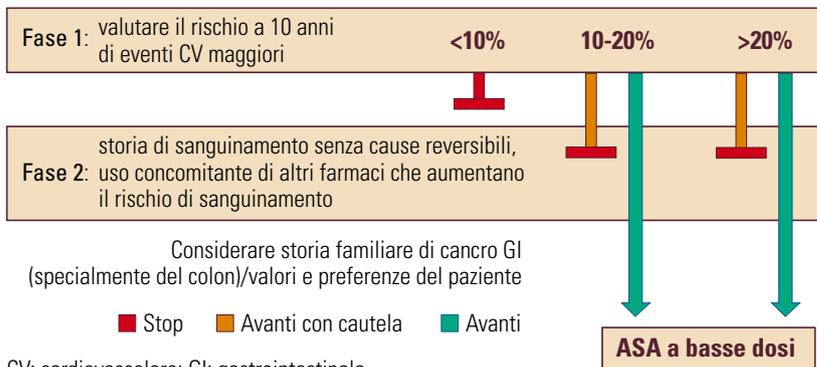
Dopo ben 9 trial in prevenzione primaria (oltre 100.000 pazienti) si è registrata una riduzione significativa dell'infarto miocardico del 17% e dell'endpoint composito (infarto e ictus non fatali e morte cardiovascolare) del 13% con un prezzo da pagare in aumento dei sanguinamenti soprattutto del tratto gastrico. Inoltre, si è registrata una riduzione interessante della mortalità per tutte le cause, del 6%, non del tutto giustificata dall'impatto cardiovascolare in una popolazione globalmente con un rischio medio non elevato³.

► Una possibile chiave di lettura

Da anni si raccoglievano dati interessanti che indicavano un effetto preventivo di ASA nei confronti delle neoplasie,

Figura 1

ASA a basse dosi nella prevenzione cardiovascolare primaria



CV: cardiovascolare; GI: gastrointestinale

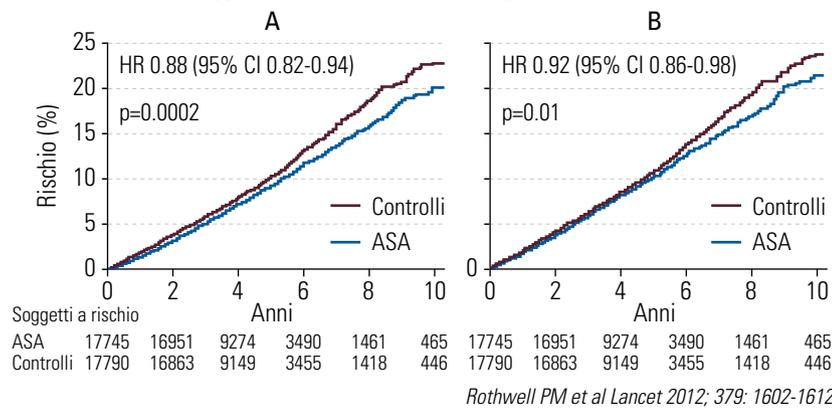
Halvorsen S et al. J Am Coll Cardiol 2014; 64: 319-27

Figura 2

Beneficio clinico netto di ASA in prevenzione primaria

Sei studi clinici, dosi da 75 a 100 mg/die

(A) eventi vascolari maggiori, neoplasie, oppure emorragia extracranica fatale
(B) eventi vascolari maggiori, neoplasie, oppure emorragia extracranica di qualsiasi tipo



soprattutto del cancro coloretale. La ricerca è nata dalla vecchia osservazione di Kune et al⁴ - che in uno studio di prevenzione oncologica denominato Melbourne Colorectal Cancer Study ha rilevato una riduzione di quasi il 50% dei tumori del colon-retto nei pazienti che facevano uso di ASA versus coloro che non la usavano.

Negli ultimi anni c'è stato un fiorire di nuovi dati che hanno dimostrato, soprattutto nel paziente cardiovascolare, un solido impatto di ASA a bassa dose nel ridurre incidenza e mortalità da diversi tipi di neoplasie ed un effetto rilevante sulla progressione delle metastasi. Soprattutto le metanalisi del ricercatore inglese Peter Rothwell hanno permesso di disegnare un nuovo scenario, nel quale, soprattutto nel paziente in prevenzione primaria, sia opportuno valutare il beneficio clinico netto alla luce del bilanciamento di due effetti

favorevoli (cardiovascolare e oncologico) e i sanguinamenti (figura 2).

Anche la collaborazione tra Thun e Jakobs dell'American Cancer Society con il padre dell'ASA cardiovascolare Prof. Patrono ha portato alle stesse conclusioni, ipotizzando che, anche sommando un effetto preventivo oncologico,

molto inferiore a quello registrato nei trial, al beneficio cardiovascolare, la popolazione eligibile con chiaro vantaggio al trattamento con ASA potrebbe essere molto più ampia di quella attuale⁸.

Anche le più recenti Linee Guida internazionali dell'American College of Chest Physicians 2012, e delle società ESH-ESC hanno cominciato a tener conto del doppio beneficio cardio-oncologico^{9,10}.

A luglio 2014 le nuove raccomandazioni su ASA in prevenzione primaria dell'ESC Cardiology Working Group on Thrombosis, riprese dal consenso intersocietario italiano (SIC, ANMCO, SIPREC e altre) pur dichiaratamente molto prudenti, hanno proposto l'adesione ad un algoritmo decisionale in cui, nel paziente a rischio intermedio, si valuti la familiarità per tumore del tratto gastrico con particolare attenzione al cancro coloretale^{11,12}.

Un cenno merita anche la società dei medici di famiglia (SIMG) che, alla luce della necessità di continuare la ricerca e divulgazione sui benefici extravascolari di ASA, ha proclamato il 2014 quale anno della prevenzione cardio-oncologica.

Bibliografia

1. US Preventive Services Task Force. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 150: 396-404
2. De Gaetano G, Collaborative Group of the Primary Prevention Project. Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomised trial in general practice. Collaborative Group of the Primary Prevention Project. *Lancet*. 2001;357: 89-95
3. Raju NI, et al. Effect of aspirin on mortality in the primary prevention of cardiovascular disease. *Am J Med* 2011; 124: 621-9. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.01.018. Epub 2011 May 17
4. Kune GA, et al. Colorectal cancer risk, chronic illnesses, operations, and medications: case control results from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Cancer Res* 1988; 48: 4399-404
5. Rothwell PM, et al. Short-term effects of daily aspirin on cancer incidence, mortality, and non-vascular death: analysis of the time course of risks and benefits in 51 randomised controlled trials. *Lancet* 2012; 28; 379: 1602-12
6. Rothwell PM, et al. Effects of regular aspirin on long-term cancer incidence and metastasis: a systematic comparison of evidence from observational studies versus randomised trials. *Lancet Oncol* 2012; 13: 518-27
7. Rothwell PM1, et al. Effect of daily aspirin on risk of cancer metastasis: a study of incident cancers during randomised controlled trials. *Lancet* 2012; 379: 1591-601
8. Thun MJ, et al. The role of aspirin in cancer prevention. *Nat Rev Clin Oncol* 2012; 9: 259-67
9. Guyatt GH, et al. Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (2 Suppl): 7S-47S
10. Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31: 1281-357
11. Halvorsen S, et al. Aspirin therapy in primary cardiovascular disease prevention: a position paper of the European Society of Cardiology working group on thrombosis. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64: 319-27
12. Volpe M, et al. Italian intersocietario consensus document on aspirin therapy in primary cardiovascular prevention. *G Ital Cardiol* 2014; 15: 442-51

■ ONCOLOGIA

Chemio e radioterapia in gravidanza non sembrano danneggiare il feto

I bambini esposti a chemioterapia o radioterapia nel ventre materno dopo il terzo mese di gravidanza non mostrano avere un impatto negativo sullo sviluppo mentale o cardiaco. È quanto suggeriscono alcuni studi presentati all'ultimo congresso della European Society for Medical Oncology (ESMO, 26-30 settembre 2014).

► Chemioterapia: sembra sicura dopo il terzo mese

“Se è vero che la chemioterapia può provocare danni al feto, se somministrata durante il primo trimestre di gravidanza, al tempo stesso non è stato riscontrato alcun danno significativo nei casi in cui la somministrazione di doxorubicina, epirubicina, paclitaxel e docetaxel ha avuto luogo nel secondo e terzo trimestre” osserva il Dott. Fabrizio Artioli (consigliere CIPOMO) in merito allo studio su Gravidanza, fertilità e cancro - tema a cui è stata dedicata un'intera sessione del convegno ESMO 2014. La ricerca è stata condotta con un'analisi caso-controllo sui dati dell'International Network for Cancer, Infertility and Pregnancy (INCIP) e ha confrontato, a 2 anni di età, lo sviluppo mentale e

cardiaco di 38 bambini esposti a chemioterapia nel periodo pre-natale con altrettanti bambini non esposti. I tumori osservati più frequentemente in gravidanza erano il carcinoma della mammella (61%) e quelli di tipo ematologico (22%). Nel 61% dei casi la chemioterapia era a base di antracicline. I risultati hanno mostrato che quando la terapia è somministrata dopo il primo trimestre di gravidanza non sembrano emergere particolari problemi, né sul piano dello sviluppo mentale né della funzionalità cardiaca (Abs 267PD_PR).

► Radioterapia: uno studio a lungo termine

Un secondo studio, che ha incluso 16 bambini (età media: 6 anni) e 10 adulti (età media: 33 anni) esposti a radioterapia in utero, ha mostrato che il profilo neuropsicologico e la salute generale potevano essere considerati nel range di normalità. I bimbi sono stati valutati a 1.5, 3.0, 6.0 o 9 anni di età con ecocardiografia, un esame clinico neurologico e dei questionari riguardanti la salute e il comportamento. I risultati hanno mostrato che la funzionalità cardiaca era normale, come an-



che gli outcome neuropsicologici, comportamentali e di salute generale (Abs 49LBA_PR).

Continua Artioli: “Si tratta dello studio con il più lungo follow-up mai realizzato - e per questo ancor più interessante di quello condotto sulla chemioterapia in gravidanza - da cui emerge che il trattamento di radioterapia non comporta danni significativi: è stato registrato un solo caso di ritardo mentale probabilmente dovuto ad altri problemi legati alla gestazione. Per quanto concerne la radioterapia occorre evitare che l'area pelvica riceva un dosaggio di radiazioni superiore ai 100-200 mGy e - come per la chemioterapia - che il trattamento venga effettuato nel primo trimestre di gravidanza, preferendo - in questi casi - trattamenti mammari meno conservativi”. Altri studi potranno fornire ulteriori elementi di rassicurazione alle donne in gravidanza che dovessero sottoporsi a questo tipo di trattamenti.

■ PNEUMOLOGIA

Malattie respiratorie e differenze di genere: ricadute cliniche

Asma e BPCO non sono uguali per tutti, anzi. Uomini e donne, infatti, presentano tassi differenti nell'incidenza delle patologie respiratorie, come differenti sono anche le forme prevalenti e l'andamento dei disturbi respiratori. Una ricerca italiana condotta proprio su questo tema - presentata al XV Congresso nazionale SIMER-FIP (Società italiana di medicina respiratoria, Genova, 1-3 ottobre 2014) - ha fatto il punto della situazione.

► La ricerca italiana

La ricerca è stata illustrata dalla Prof.ssa Caterina Bucca, del Dipartimento di Scienze Mediche dell'Ospedale S. Giovanni Battista di Torino: "Esaminando circa 400 pazienti sintomatici, arrivati da noi senza una

diagnosi, abbiamo notato che gli uomini presentano maggiore prevalenza di BPCO con o senza sovrapposizione di asma, mentre le donne vengono più colpite da patologie di tipo irritativo delle vie aeree, come l'asma, o da sintomi, come la tosse cronica associata a rinosinusite.

Tra i pazienti con BPCO con o senza asma, il genere femminile ha una minore compromissione funzionale respiratoria, indipendentemente dall'età".

Dalla valutazione clinica dei soggetti arruolati è emersa, infatti, una popolazione nella quale circa il 31% dei pazienti aveva asma (18% degli uomini vs 38% delle donne), il 25% BPCO (43% vs 14.5%), circa l'11% entrambe (17.5% vs 7%), il 17.6% tosse cronica associata a rinosinusite (6% vs 24%), l'8% patologie restrittive polmonari (6% vs 9%) e altrettanti malattie cardiovascolari (9% vs 7%).

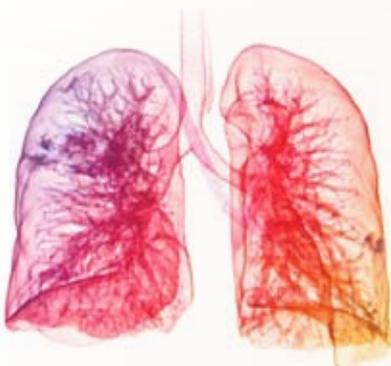
Ad una incidenza decisamente inferiore di BPCO nel sesso femminile si associa però una maggiore suscettibilità a fattori di rischio quali il fumo di sigaretta (che deriva da una minore capacità di difesa dallo stress ossidativo e di riparazione del danno cellulare); questo, unitamente alla componente ormonale

estrogenica che determina una differente composizione del muco, con caratteristiche di maggiore viscosità, comporta che la malattia si sviluppi in età più giovanile, comparso a seguito di una minore esposizione ai fattori di rischio.

"Le donne hanno inoltre un rischio maggiore, rispetto ai malati dell'altro sesso, di subire un ricovero, non solo per la già più bassa soglia dei sintomi, ma anche per una tendenza superiore nel ricercare le cure mediche. Questo fatto, apparentemente negativo, però permette una presa in carico dei servizi sanitari più precoce, e di conseguenza una migliore gestione della malattia rispetto alla popolazione maschile", ha sottolineato il Prof. Carlo Mereu, Presidente SIMER e del Congresso di Genova. La letteratura evidenzia anche una correlazione tra le patologie respiratorie e il ciclo riproduttivo femminile. È stato infatti ipotizzato che gli ormoni sessuali femminili influenzino lo sviluppo della patologia asmatica e la sua gravità: le riacutizzazioni dell'asma potrebbero essere correlate con il ciclo mestruale. Queste ipotesi necessitano tuttavia di verifiche su ampie popolazioni.

Bibliografia

- Roche N et al. Impact of gender on COPD expression in a real-life cohort. *Respiratory Research* 2014, 15: 20.
- Faner R et al. Systemic inflammatory response to smoking in chronic obstructive pulmonary disease: evidence of a gender effect. *PLoS One* 2014; 9: e97491. Doi: 10.1371/journal.pone.0097491



■ LIPIDOLOGIA

Il controllo delle LDL passa dagli inibitori del PCSK9

Una nuova classe di farmaci sperimentali, chiamati "inibitori del PCSK9", si sta affacciando sulla scena terapeutica per il trattamento dell'ipercolesterolemia LDL, lasciando intravedere la possibilità di migliorare significativamente la cura di diverse popolazioni di pazienti, in particolare quelli ad elevato rischio cardiovascolare con ipercolesterolemia primaria, quelli con ipercolesterolemia familiare eterozigote e pazienti intolleranti alle statine.

Al congresso annuale della Società Europea di Cardiologia (Barcellona, 30 agosto - 3 settembre 2014) sono stati presentati i risultati di quattro studi pilota condotti con un rappresentante di questa nuova classe di farmaci, alirocumab (ricerca Regeneron in sviluppo congiunto con Sanofi), risultati che hanno destato grande interesse nella comunità scientifica.

► Un anticorpo monoclonale ipolipemizzante

Alirocumab è un anticorpo monoclonale sperimentale completamente umano che individua e blocca la PCSK9. Quest'ultima è una proteina secreta dalle cellule del

fegato che riduce la disponibilità di recettori LDL sugli epatociti e di conseguenza fa aumentare i livelli di colesterolo LDL nel sangue. La PCSK9 è nota per la sua azione determinante sui livelli di LDL circolante; si lega ai recettori LDL causando la degradazione, riducendone il numero sulla superficie degli epatociti e impedendo quindi la rimozione dell'eccesso di colesterolo LDL dal sangue.

L'inibizione della PCSK9 è emersa

quindi come potenziale strategia per la riduzione del colesterolo LDL tramite protezione dalla degradazione del suo recettore e, quindi, aumentando la disponibilità di recettori LDL. Alirocumab, tramite inibizione della PCSK9, permette di aumentare il numero di recettori LDL sugli epatociti, riducendo così i livelli di colesterolo LDL.

► Dati clinici: ODYSSEY LONG TERM

Alirocumab viene valutato in un ampio programma di ricerca denominato ODYSSEY che prevede di includere più di 23.500 pazienti in 14 studi clinici volti a testare l'efficacia e la sicurezza a lungo termine del farmaco sia come monoterapia, sia in combinazione con altri farmaci ipolipemizzanti.

Gli studi presentati al congresso ESC di Barcellona hanno tutti raggiunto l'endpoint primario.

Il trial in doppio cieco "ODYSSEY LONG TERM" ha incluso 2.341 pazienti con ipercolesterolemia ad alto rischio cardiovascolare e pazienti con ipercolesterolemia familiare eterozigote non adeguatamente controllati con terapia ipolipemizzante. Alirocumab, somministrato tramite iniezione sottocutanea ogni due settimane alla dose di 150 mg, è stato confrontato con placebo. Tutti i pazienti ricevevano la massima dose tollerata di statine ed altri eventuali ipolipemizzanti, quindi si trattava di pazienti già sottoposti al migliore trattamento disponibile. Rispetto al placebo, alirocumab ha determinato



dopo 24 settimane una riduzione altamente significativa dei livelli di LDL del 61% ($p < 0.0001$) (figura 1) e tale differenza si è mantenuta anche a 52 settimane. L'81% dei pazienti trattati con alirocumab ha raggiunto il target pre-specificato di LDL (70 mg/dL o 100 mg/dL in relazione al livello basale di rischio cardiovasco-

lare) rispetto al 9% di pazienti a target nel gruppo placebo ($p < 0.0001$). Una analisi post-hoc (non pre-specificata) ha calcolato che il tasso di eventi cardiovascolari maggiori registrati tra i pazienti inclusi nello studio era pari all'1.4% per i trattati con alirocumab versus 3% per i pazienti del gruppo placebo, corrispondente a una riduzione del 54% ($p < 0.01$).

lemia familiare eterozigote, tutti in trattamento con statine alla massima dose tollerata ed eventuali altri ipolipemizzanti. Nonostante la terapia attuata, i livelli basali di LDL erano pari a 145 mg/dL (FH I) e 134 mg/dL (FH II). Dopo 24 settimane di trattamento, nel trial FH I i pazienti che avevano ricevuto alirocumab presentavano una riduzione delle LDL dal basale del 48.8%, rispetto a un aumento del 9.1% del gruppo placebo (differenza del 57.9%, $p < 0.0001$); nel trial FH II si è osservata rispettivamente una riduzione del 48.7% verso un aumento del 2.8% (differenza del 51.4%, $p < 0.0001$). A 52 settimane, la riduzione delle LDL dal basale era pari al 47% nel FH I e al 50% nel FH II, rispetto a un aumento nel gruppo placebo pari al 9% e all'8% rispettivamente.

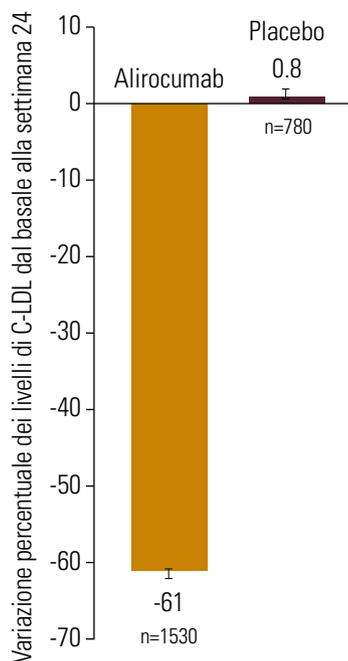
Degli altri studi del programma di ricerca clinica su alirocumab attualmente in corso, il più ampio e rilevante è lo studio ODYSSEY OUTCOMES, previsto su 18mila pazienti con l'obiettivo di valutare l'effetto del farmaco sul verificarsi di eventi cardiovascolari.

Tra alcuni mesi, Sanofi e Regeneron presenteranno alle autorità regolatorie europee e americane domanda per la registrazione della nuova molecola.

Figura 1

**ODYSSEY LONG TERM:
variazione dei livelli di C-LDL
con alirocumab vs terapia
standard + placebo**

*Endpoint primario: variazione
percentuale dei livelli di C-LDL
dal basale alla settimana 24*



Tutti i pazienti erano in terapia con la dose massima tollerata di statine ± altri ipolipemizzanti

**▶ ODYSSEY COMBO II,
ODYSSEY FH I e FH II**

Negli altri tre studi presentati all'ESC - ODYSSEY COMBO II, ODYSSEY FH I e ODYSSEY FH II - i pazienti hanno ricevuto una dose iniziale di alirocumab di 75 mg sottocute ogni due settimane, incrementata a 150 mg se necessario per raggiungere i livelli pre-specificati di LDL.

Il trial ODYSSEY COMBO II, in doppio cieco, ha confrontato alirocumab versus ezetimibe 10 mg/die in 720 pazienti ad elevato rischio cardiovascolare che avevano una inadeguata riduzione delle LDL nonostante fossero tutti trattati con una dose massima di statine. Dopo 24 settimane, la riduzione delle LDL rispetto al basale è stata del 50.6% nel gruppo alirocumab e del 20.7% nel gruppo ezetimibe, pari a una differenza del 29.8% ($p < 0.0001$). A 52 settimane la riduzione delle LDL dal basale era rispettivamente del 50% e del 18%, con una differenza del 32% a favore di alirocumab ($p < 0.0001$).

Gli studi ODYSSEY FH I e FH II, di confronto in doppio cieco alirocumab vs. placebo, hanno arruolato un totale di 738 pazienti con ipercolesterolo-



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

La teoria aristotelica della germinazione spontanea della vita è stata confutata già nel diciassettesimo secolo da Francesco Redi nell'opera "Esperienze intorno alla generazione degli insetti". Ieri una mia paziente incinta è stata in pronto soccorso per delle perdite ematiche vaginali, nel referto della visita ginecologica si legge: "gravidanza insorta spontaneamente".

Forse la collega voleva, con questa dizione, indicare un caso ormai poco frequente di gravidanza indotta senza l'intervento della scienza medica? Voleva segnalare la particolarità dell'evento? O credeva che alla signora, felicemente sposata, fosse apparso un angelo?

Martedì

L'Ufficio Convenzioni della mia ULSS mi ha inviato una e-mail relativa all'"Avviso di selezione per l'accesso al percorso regionale di aggiornamento della rete degli animatori per la formazione continua della medicina convenzionata e dei tutor per la medicina generale". La Regione Veneto con il DGR n.2065/2013 ha dato avvio alla procedura per il potenziamento quali-quantitativo dell'attuale rete dei medici Animatori e Tutori per la medicina convenzionata.

I medici interessati e intenzionati a svolgere le attività suddette dovranno farne richiesta presentando una domanda che sarà valutata da una Commissione appositamente costituita con decreto del Direttore generale Area sanità e Sociale della Regione Veneto.

L'elenco per l'ammissione verrà redatto sulla base della valutazione del curriculum professionale e l'attribuzione di un punteggio secondo dei criteri stabiliti elencati nell'avviso di selezione. I medici ammessi saranno invitati a partecipare ai diversi percorsi formativi e saranno poi inseriti negli elenchi regionali previo superamento di una prova finale attestante le competenze acquisite". Ma quello che salta subito all'occhio nell'osservare i criteri determinanti il punteggio per collocarsi fra i candidati ammessi ai corsi di formazione è che i punteggi maggiori sono attribuiti a criteri che nulla hanno a che fare con la verifica della qualità professionale. Questi si riferiscono all'anzianità di convenzione (massimo punteggio), alla forma di esercizio dell'attività (punteggio più elevato per chi lavora in una UTAP) e alla pregressa iscrizione nell'elenco regionale in qualità di Tutor. Nulla che indichi sulle reali abilità gestionali e cliniche, sulle manualità (clinical skills), sulla strumentazione dello studio, sulla gestione delle patologie croniche o sulla collaborazione con altre figure professionali (infermiere).

Quello che risalta, inoltre, è che a valutare i tutori sarà una "commissione appositamente costituita" ma sulla cui composizione nulla è dato sapere. Negli altri Paesi europei sono le Università che si fanno carico di questo, ma in Italia la nostra disciplina non è specialità accademica come avviene nelle altre parti del mondo e per questo ancora una volta i medici saranno valutati da valutatori probabilmente indicati da organizzazioni estranee al mondo accademico.

L'Euract ha prodotto in tal senso più di un

documento (*Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice/Family Medicine in Europe, Euract 2012*) e io pure mi sono permesso di produrre qualche considerazione sull'argomento (già pubblicata), ma pare che ancora una volta a questa nostra disciplina venga riservato un ruolo di serie B anche per il tutoraggio così come avviene per la formazione post-laurea: fuori dall'Università e gestito da formatori non indicati nell'avviso di selezione, i cui criteri di selezione ci saranno probabilmente sconosciuti (ma facilmente intuibili). Continuiamo a rimanere la disciplina Cene-rentola in Europa, specialità di serie B per professionisti destinati ad essere subalterni agli altri specialisti.

Mercoledì

- Mi ha mandato una e-mail una collega gergiatra di Torino, chiedendomi in cosa consiste la "medicina di famiglia", disciplina che insegno e che è esercitata da cinquantamila medici in Italia.
- Stamane, prima delle otto, due telefonate. Una mia paziente in lacrime mi ha riferito del suicidio del suo compagno e una madre mi ha telefonato disperata perché ha scoperto che il figlio si droga. Due drammi sociali, due storie nate in ambienti in cui l'aver e il sembrare sono i valori più importanti. La società del "lusso di massa" ha fatto altre due vittime, innocenti perché inconsapevoli.

Giovedì

Invito da parte del direttore del Distretto ad un convegno organizzato dalla nostra Azienda sanitaria su "Le sindromi ostruttive bronchiali croniche - razionalizzazione della terapia". "L'evento assume particolare importanza alla luce sia degli attuali obiettivi regionali sulla appropriatezza di spesa ma anche per l'imminente pubblicazione del PDTA Regionale sulla BPCO, già condiviso a livello regionale tra le società scientifiche, che verrà utilizzato per definire gli obiettivi contenuti nei contratti di esercizio

delle Medicine di Gruppo Integrate".

Parole chiave: appropriatezza di spesa, contratti di esercizio, medicine di gruppo integrate. Mancano: paziente, linee guida internazionali, gold standard. Tra i relatori, per la medicina generale, un rappresentante sindacale locale.

Venerdì

- Paziente con molto probabile trombosi venosa alla gamba; chiedo ecodoppler venoso urgente ma è venerdì, nessun ospedale della zona soddisfa la mia richiesta. L'esame si potrà fare solo la prossima settimana!
- La globalizzazione, o meglio l'immigrazione degli ultimi anni, ha drasticamente cambiato la demografia dei nostri pazienti. Ha cambiato il nostro approccio e ci ha costretto ad un relativismo bioetico che ha sconvolto spesso le nostre certezze e i nostri valori; valori "occidentali" che riguardano la considerazione della vita e delle persone. Oggi una signora cinese desiderava conoscere il sesso del feto che aveva in grembo per abortire nel caso si trattasse di una femmina. L'aborto selettivo è per lei pratica consolidata, lecita e assolutamente normale.

Sabato

- Stava per rimetterci la vita, una diciassettenne che ha bevuto alcolici fuori misura ad un party con gli amici. Non respirava, aveva le bave alla bocca e non rispondeva agli stimoli. Tra gli accertamenti eseguiti in pronto soccorso anche la positività per le anfetamine. Mentre parlavo con il padre preoccupatissimo lei aveva lo sguardo assente e si rivolgeva al genitore come se fosse normale ritrovarsi con gli amici e bere per stordirsi e come fosse normale bere dei cocktail in cui ci può essere diluito di tutto. Come fosse normale. Come ormai è normale.
- In lacrime è venuta a dirmi che le è morto il fratello. Voleva da me un parere se dire o non dire alla vecchia madre quanto è successo. La pietà prevale sulla condivisione del dolore.

Le tecniche di rianimazione cardiopolmonare

La scienza della rianimazione è in continua evoluzione e le indicazioni devono essere aggiornate per seguire il progresso scientifico e indirizzare il personale sanitario sul miglior approccio da seguire in pratica clinica.

Le ultime linee guida dell'American Heart Association indicano la priorità di effettuare compressioni toraciche profonde e continuative, minimizzando l'importanza delle ventilazioni, mentre l'Italian Resuscitation Council mantiene la sequenza classica della rianimazione cardiopolmonare

Mauro Marin

Direttore Distretto Sanitario di Pordenone

I corsi di Basic Life Support (BLS) con Rianimazione CardioPolmonare (RCP) insegnano le tecniche manuali di primo soccorso per arresto cardiaco, arresto respiratorio e ostruzione delle vie aeree con esercitazioni su manichino e impiego del Defibrillatore Esterno semi-Automatico (AED) ai sensi delle leggi n.120/2001 e n.189/2012.

Le linee guida di BLS sono consultabili al sito dell'American Heart Association (<http://guidelines.ecc.org/index.html>). Rispetto alle linee guida precedenti, si rileva la priorità di effettuare compressioni toraciche profonde e continuative, minimizzando l'importanza delle ventilazioni e lasciando invariate la sequenza del rapporto compressioni/ventilazioni a 30:2. L'Italian Resuscitation Council (www.ircouncil.org) mantiene nei corsi di addestramento BLS 2014 la sequenza classica di RCP e la fase di valutazione della respirazione spontanea denominata con l'acronimo GAS (guardo, ascolto, sento), a differen-

za delle linee guida AHA 2010 che per iniziare prima le compressioni toraciche, consigliano di modificare la sequenza della RCP dal classico schema ABC (Airway, Breathing, Circulation) allo schema CAB e di eliminare il tempo impiegato nella valutazione respiratoria GAS.

► Catena della sopravvivenza

La catena della sopravvivenza nell'arresto cardiaco comprende 4 fasi la cui successione rapida è essenziale per aumentare il tasso di sopravvivenza dei pazienti critici: precoce chiamata al 118, precoce RCP, precoce defibrillazione, precoce ACLS (Advanced Cardiac Life Support), seguite da una quinta fase intra-ospedaliera di precoce assistenza integrata post-arresto cardiaco.

Per ACLS si intende la terapia cardiovascolare avanzata effettuata dal personale sanitario d'emergenza 118 e comprendente l'uso

di strumenti per mantenere pervie le vie aeree (aspirazione, intubazione), sostenere la ventilazione (ossigenoterapia, ventilatori automatici), ottenere un accesso venoso per somministrare farmaci e liquidi, monitorare ritmo cardiaco e defibrillare.

La RPC ha la funzione di mantenere un minimo flusso di sangue e di ossigeno agli organi vitali (cuore e cervello) in attesa della defibrillazione. Le cause più frequenti di morte improvvisa da infarto miocardico sono infatti la fibrillazione ventricolare e la tachicardia ventricolare, per cui l'unico trattamento efficace è la defibrillazione precoce. L'intervallo tra perdita di coscienza da arresto cardiaco e defibrillazione è essenziale per ottenere la conversione da fibrillazione ventricolare a ritmo sinusale: ogni minuto che passa riduce la possibilità di cardioversione efficace del 7-10% ed oltre 12 minuti dall'arresto senza soccorso la sopravvivenza si riduce al 2-5% dei casi. Gli

arresti cardiaci possono essere conseguenza anche di cause respiratorie come in caso di asfissia, annegamento, malattie polmonari responsabili di ipossiemia e ipercapnea, ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo.

► Sicurezza ambientale

Una rapida valutazione della sicurezza ambientale deve precedere l'inizio del soccorso extra-ospedaliero sul luogo, soprattutto in caso di pericolo di investimento stradale, incendio, scoppio, inalazione di gas tossici o contatto con cavi elettrici. Bisogna preliminarmente verificare l'evidenza di gravi emorragie e traumi cranici o cervicali richiedenti cautela negli spostamenti a blocco unico del paziente.

► Basic life support

La procedura del basic life support (BLS) viene descritta per il soccorritore singolo come una sequenza di azioni che comprendono valutazione dello stato di coscienza, chiamata al 118, esecuzione della rianimazione cardiopolmonare. Invece diventa una serie di attività contemporanee e condivise in presenza di più soccorritori, ad esempio: uno inizia le compressioni toraciche, un secondo chiama il 118 e cerca il defibrillatore più vicino ed un terzo apre le vie aeree e provvede alla ventilazione.

1 Il primo atto di soccorso è **valutare lo stato di coscienza** chiamando il paziente a voce alta, afferrandolo alle spalle e scuotendolo delicatamente. Se il paziente risponde o si lamenta, va lasciato nella posizione in cui si trova se non vi sono pericoli ambientali, si

cerca di capire l'accaduto e si chiama aiuto, mantenendo in osservazione il paziente fino all'arrivo del soccorso 118. Se il paziente non risponde e non si muove, chiamare aiuto (118), porre la vittima in posizione supina a terra o su un piano rigido con allineamento di capo tronco e arti, scoprire il torace per valutarne i movimenti.

2 La perdita di coscienza rilassa la lingua che, cadendo all'indietro, va ad ostruire le prime vie aeree. Per **ripristinare la pervietà delle vie aeree** è necessaria una manovra di iperestensione del capo e sollevamento del mento oppure di sublussazione della mandibola. La manovra di iperestensione del capo non si esegue in caso di trauma cranico o/e cervicale per evitare il rischio di lesioni midollari. Solo se visibili, vanno rimossi eventuali corpi estranei in cavità orale e solo se già dislocate vanno rimosse eventuali protesi dentarie mobili.

3 La **valutazione dell'attività respiratoria** si effettua avvicinando l'orecchio del soccorritore alla bocca/naso del paziente e guardando in tale posizione se il torace del paziente si espande per la respirazione spontanea normale, ascoltando se dalla bocca/naso vengono emessi rumori respiratori, sentendo sulla guancia del soccorritore l'eventuale flusso d'aria espirato dal paziente. Queste tre azioni sono riassunte con l'acronimo (GAS = guardo, ascolto, sento) e vanno eseguite entro 10 secondi. In assenza di un respiro normale o in presenza di un respiro agonico boccheggiante inefficace (detto *gasping*), si deve iniziare subito la RCP con le compressioni toraci-

che. Quando l'arresto è di verosimile origine respiratoria, ad esempio in caso di annegamento con paziente incosciente-apnoico, il soccorritore singolo può far precedere le compressioni toraciche (eseguibili solo su superficie rigida a terra ferma o in barca) da 10-15 ventilazioni effettuate entro un minuto ancora in acqua.

Se invece il paziente è incosciente, ma respira normalmente, bisogna metterlo in posizione di sicurezza. La posizione di sicurezza a terra ha la funzione di mantenere pervie le vie aeree in pazienti privi di coscienza ma con respirazione spontanea efficace e circolo efficace con polso rilevabile. Vi sono diverse posizioni di sicurezza: ad esempio, si fa ruotare "a blocco unico" il paziente sul fianco destro, posizionandogli l'arto superiore sinistro esteso con gomito flesso e mano sin sotto la guancia e l'arto inferiore destro con ginocchio flesso ad angolo retto per mantenere la posizione ed evitare il rotolamento.

4 La **valutazione dell'attività cardiocircolatoria** si attua mediante il controllo visivo della presenza nel paziente di segni vitali quali movimenti spontanei, respiro spontaneo, tosse, reattività agli stimoli e mediante la palpazione del polso carotideo per non oltre 10 secondi. Se non si rileva il polso carotideo e segni vitali, quando il soccorritore è solo deve chiamare il 118 col telefono cellulare e iniziare subito con la sequenza ripetuta di 30 compressioni toraciche alternate a 2 ventilazioni della durata di 1 secondo ciascuna, impiegando non oltre 5 secondi per eseguire entrambe le ventilazioni. Se il paziente è incosciente, non

ha polso e non ha segni di circolo (respiro spontaneo, movimenti spontanei, tosse) si deve iniziare subito la RCP con 30 compressioni toraciche sternali alla frequenza di almeno 100 compressioni al minuto con un rapporto compressioni/ventilazioni di 30:2 nell'adulto. Il soccorritore non deve dedicare più di 10 secondi alla ricerca del polso, se non rileva il polso deve iniziare comunque la RCP e utilizzare il defibrillatore appena possibile. Una RCP corretta prevede compressioni di frequenza (almeno 100/m) e profondità (almeno 5 cm) adeguate, retrazione toracica completa dopo ogni compressione, precoce inizio delle compressioni e riduzione al minimo delle interruzioni delle compressioni, esclusione di una ventilazione eccessiva. La ricerca del polso è spesso lenta e inaccurata nei soccorritori non esperti. La rianimazione con le sole compressioni toraciche può essere ugualmente efficace se i soccorritori sono riluttanti ad eseguire le ventilazioni bocca-bocca in assenza di strumenti di barriera protettivi da eventuale contagio infettivo. Ciò perché la gittata cardiaca prodotta dalle compressioni toraciche ritmiche è soltanto il 25% di quella normale, per cui è ridotta anche la richiesta di ventilazione per mantenere un adeguato rapporto ventilazione/perfusione. Le compressioni toraciche possono causare fratture costali, la cui frequenza può essere ridotta mantenendo nella RCP una corretta posizione delle mani sovrapposte sulla metà inferiore dello sterno, un centimetro sotto la linea intermammaria tra i due capezzoli, ed esercitando con le braccia estese una

pressione verticale e perpendicolare al piano dello sterno. Il soccorritore deve porsi inginocchiato al lato del paziente con le ginocchia all'altezza del torace del paziente, spalle e braccia estese verticali sul punto di compressione sternale ove si pone il palmo delle mani sovrapposte.

La sequenza da memorizzare per il soccorritore singolo è riportata in *figura 1*.

Se il defibrillatore semiautomatico dopo l'analisi del ritmo indica che lo shock elettrico non è indicato o se lo shock eseguito è risultato inefficace, si riprende subito la RCP per 2 minuti con 30 compressioni alternate a 2 ventilazioni e poi si ripete l'analisi del ritmo per un secondo tentativo di defibrillazione ed eventualmente dopo altri 2 minuti di RCP un terzo.

Le manovre di BLS devono essere continuate fino all'arrivo dei soccorritori professionisti del 118 o fino all'esaurimento fisico dei soccorritori o fino al riscontro di segni di vita (comparsa del polso carotideo, respiro spontaneo, riapertura degli occhi, movimenti spontanei del corpo). La constatazione di decesso è un atto di esclusiva competenza medica, salvo i casi di segni evidenti di morte.

► **Ostruzione delle vie aeree**

L'ostruzione delle vie aeree superiori può essere dovuta a tre cause differenti che richiedono trattamenti diversi: ipotonia linguale da perdita di coscienza, edema della glottide e corpo estraneo.

Il paziente cosciente che sta soffocando spesso si porta le mani al collo stringendolo tra indice e

pollice e può presentare afonia, dispnea, stridore inspiratorio, tosse debole, cianosi e poi infine perdita di coscienza. Bisogna chiedergli se si sente soffocare e se può parlare. Se riesce a parlare o tossire, l'ostruzione è solo parziale.

① La più comune causa di ostruzione completa delle vie aeree superiori nel paziente incosciente supino è la caduta all'indietro della lingua ipotonica nel faringe, come in caso di perdita di coscienza da ictus, arresto cardiaco, trauma cranico, shock elettrico. La perdita di coscienza precede l'arresto respiratorio e l'ostruzione si tratta mediante la manovra di iperestensione del capo e sollevamento del mento oppure mediante sub-lussazione della mandibola in caso di trauma in cui l'iperestensione del capo è controindicata per il rischio di lesioni midollari.

② L'ostruzione da edema della glottide può essere causata da allergie, asma bronchiale o infezioni, si manifesta con senso di soffocamento, dispnea seguita da cianosi e perdita di coscienza. Richiede la pronta somministrazione di adrenalina o/e la tracheotomia d'urgenza.

③ L'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo negli adulti si verifica di solito durante i pasti e si manifesta con un'improvvisa dispnea, seguita da cianosi e perdita di coscienza. Se il paziente può tossire con forza e parlare significa che l'ostruzione è parziale e non si deve intervenire tranne che invitando il paziente a tossire: un forte colpo di tosse è il modo più

Figura 1

Valutazioni e interventi nella sequenza del Basic Life Support (BLS)

Il soccorritore si mette di fianco al lato del paziente e lo posiziona supino, disteso su una superficie piatta e rigida necessaria per eseguire la RCP.

È cosciente?

Chiamalo a voce alta e scuotilo toccandogli le spalle. Se è incosciente ma respira, metterlo in posizione di sicurezza.

Chiama il 118 (112 servizio d'emergenza)



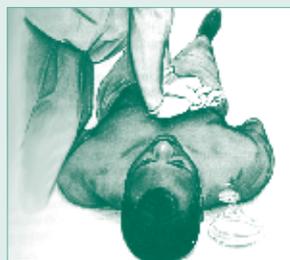
A Airway: Le vie aeree sono aperte?

Apertura vie aeree: iperestendi il capo premendo col palmo della mano la fronte del paziente e sollevagli il mento con le dita dell'altra mano posta sulle parti ossee mediali della mandibola (in caso di trauma cervicale, sub-lussa la mandibola senza iperestendere il capo), aprigli la bocca e rimuovigli con due dita ad uncino eventuale vomito o corpo estraneo ma solo se è già visibile nel cavo orale.



B Breathing: Respira?

Una rapida valutazione (entro 10 secondi) si effettua secondo lo schema GAS (posizionato l'orecchio del soccorritore vicino alla bocca del paziente, guarda se il torace si espande, senti il flusso d'aria espiratoria, ascolta il rumore dell'aria nell'espirazione). Non respira se il torace non si espande e non viene emessa aria. Il debole respiro agonico boccheggiante (detto gasping) è inefficace e va valutato come mancanza di respiro: iniziare la RCP.



C Circulation: Ha polso?

Rapida ricerca del polso (entro 10 secondi): ricerca il polso carotideo o i segni di circolo (respiro spontaneo, tosse e movimenti spontanei). In assenza di polso, inizia il massaggio cardiaco alla frequenza di almeno 100 compressioni sternali/minuto (non oltre 120/m, circa 2/sec) col ritmo di 30 compressioni alternate a 2 ventilazioni. Per una compressione efficace nell'adulto lo sterno deve abbassarsi di almeno cm.5.



D Defibrillazione

Se sono assenti polso, respiro e stato di coscienza, appena disponibile accendi il defibrillatore, collega cavi e piastre sul torace, il defibrillatore analizza il ritmo in 8-10 secondi e segnala la necessità di premere il pulsante di shock in presenza di fibrillazione ventricolare per attivare la scarica di defibrillazione. Allontana i presenti prima di attivare la scarica. Gli elettrodi adesivi del defibrillatore vanno posti sul torace, uno sotto la clavicola destra e l'altro in regione sottomammaria sinistra sulla linea ascellare anteriore.

efficace di rimuovere un corpo estraneo in questi casi.

Se l'ostruzione delle vie aeree è completa il paziente non riesce a parlare, tossire e respirare e va incontro a sincope e arresto cardio-respiratorio.

In questo caso se la vittima è ancora cosciente, bisogna iniziare praticargli 5 percussioni sulla schiena per favorire l'espulsione del corpo estraneo, mantenendo il paziente inclinato in avanti e sostenuto con una mano sul torace posizionando il soccorritore a lato del paziente.

Anche una brusca spinta addominale sotto-diaframmatica può forzare l'uscita dell'aria dai polmoni e produrre una tosse capace di espellere il corpo estraneo dalla via aerea, come nella manovra di Heimlich.

► **Manovra di Heimlich**

► **Manovra di Heimlich con paziente in piedi o seduto:** il soccorritore si pone dietro il paziente e con le braccia gli avvolge la vita schiacciando la propria mano chiusa a pugno col pollice verso l'addome del paziente in regione mesogastrica sulla linea mediana, appena sopra l'ombelico del paziente. Con l'altra mano il soccorritore afferra il proprio pugno ed esercita con forza una spinta verso l'alto contro l'addome del paziente. Le spinte vanno ripetute fino a che il corpo estraneo non venga espulso dalle vie aeree del paziente.

Se invece la vittima ha perso coscienza ed è distesa a terra, il soccorritore sospetta un'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo quando le ventilazioni di soccorso ripetutamente non determi-

nano l'attesa espansione del torace del paziente. In questo caso bisogna:

1. di nuovo, iperestendere il capo e sollevare il mento;
2. aprire la bocca, ispezionare il cavo orale, rimuovere eventuali corpi estranei visibili e provare di nuovo a ventilare;
3. se il torace non si espande ancora, eseguire la manovra di Heimlich con paziente disteso a terra per rimuovere eventuali corpi estranei nelle vie aeree non visibili nel cavo orale.

► **Manovra di Heimlich con paziente disteso a terra:** con paziente supino, si posiziona il palmo delle mani sovrapposte sopra l'ombelico del paziente e si eseguono veloci spinte addominali verso il diaframma in direzione mediana, con lo scopo di rimuovere l'ostruzione delle vie aeree.

► **Ventilazioni**

Il soccorritore dovrebbe inspirare profondamente prima di effettuare ogni insufflazione mediante respirazione bocca-bocca, allo scopo di assicurare la massima concentrazione di ossigeno nell'aria espirata.

Nel paziente in coma con miosi e arresto respiratorio da overdose di stupefacenti si somministra una fiale di naloxone ripetibile dopo 3-5 minuti. In caso di coma o arresto respiratorio da overdose di benzodiazepine si somministra una fiala dell'antagonista flumazenil.

Appena è disponibile ossigeno supplementare e la saturazione di ossigeno è monitorata mediante ossimetro, può essere somministrato mediante maschera-bocca o preferibilmente mediante ma-

schera pallone di Ambu. In caso di intossicazione da monossido di carbonio è importante allontanare la vittima dall'ambiente saturo di gas e iniziare subito la ventilazione con alte concentrazioni di ossigeno.

Un'insufflazione troppo rapida o un elevato volume corrente dell'insufflazione possono deviare l'aria nell'esofago, determinando distensione gastrica che spesso causa rigurgito e vomito. La pressione sulla cricoide nel paziente incosciente (manovra di Sellick) può prevenire la distensione gastrica, ma richiede la presenza di due soccorritori. In caso di rigurgito il soccorritore deve ruotare il corpo del paziente su un lato, pulire il cavo orale per mantenere pervie le vie aeree e riposizionare il paziente supino per riprendere la RCP.

Nell'annegamento la durata dell'ipossia è il fattore critico per determinare l'esito del soccorso e una precoce ventilazione e ossigenazione supplementare hanno dimostrato di migliorare la sopravvivenza. Non si deve ritardare la ventilazione per liberare le vie aeree dall'acqua inspirata che di norma è modesta per il laringospasmo riflesso e non è raccomandata la manovra di Heimlich. Va rimosso, se visibile nel cavo orale, eventuale fango, sabbia o alghe. Vomito e rigurgito sono frequenti dopo una sommersione, per cui bisogna essere preparati a disostruire le vie aeree con due dita o se disponibile con un aspiratore.

Le vittime di una sommersione spesso sono in ipotermia e possono essere affette da traumi cranici o cervicali, con paralisi da tuffo in acque basse.

Aborto e patologia respiratoria tubercolare: causa o effetto?

Durante la pratica tutoriale presso l'ambulatorio di Medicina Generale giunge alla nostra attenzione una paziente portatrice di una pluripatologia inconsueta per il contesto dell'assistenza primaria. La donna, di origini latino-americane, va incontro ad aborto spontaneo alla ottava settimana di gravidanza, e nei giorni seguenti viene diagnosticata TBC polmonare

Giulia Muscettola
Tirocinante Attività
Medicina Generale, Milano

Giovanni Antonio Filocamo
Tutor Medicina Generale, Milano

Marco Elli
Responsabile Didattica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Polo Universitario Luigi Sacco, Milano

► Descrizione del caso

Nel novembre 2013 una donna di etnia latino-americana, alla quarta settimana di gravidanza, riferisce al Mmg tosse, catarro, febbre. Alla paziente viene consigliata una terapia sintomatica iniziale (aerosol + antinfiammatori), con la raccomandazione di riferirne l'esito a breve tempo.

Ad inizio gennaio 2014, la paziente riferisce persistenza dei sintomi. In considerazione dei precedenti familiari di TBC polmonare (sorella) viene inviata presso il Pronto soccorso di riferimento per gli approfondimenti del caso.

La donna però non si reca in PS e nei giorni successivi, ormai alla ottava settimana di gravidanza, va incontro ad aborto spontaneo presso una struttura ginecologica specialistica. Il 17 gennaio 2014 viene ricoverata in una struttura pneumologica per un quadro di TBC polmonare sinistra.

► Sequenza cronologica

■ **Novembre 2013:** comparsa dei sintomi febbrili. Terapia di supporto e invio al PS di riferimento.

■ **7 gennaio 2014:** aborto spontaneo presso una struttura ginecologica di riferimento. Secondo quanto suggerito dalle linee guida la paziente ha effettuato i controlli ecografici e ginecologici post-abortivi ma, per il persistente stato febbrile,

le è stata prescritta una terapia medica con methotrexate (MTX). Nei giorni successivi l'assunzione di MTX, all'ecografia di controllo non si evidenziano residui in utero.

■ **17 gennaio 2014:** per diagnosi di TBC pleuropolmonare sinistra attiva, la paziente è stata ricoverata presso un primo centro specialistico in cui ha iniziato una terapia medica antitubercolare: rifampicina, isoniazide, etambutolo, pirazinamide.

■ **24 gennaio 2014:** la paziente viene successivamente inviata in una seconda struttura specializzata nel trattamento delle malattie respiratorie. Qui la donna, nonostante la cura antibiotica, continua a presentare un quadro di infiammazione in atto (PCR 72), con febbre, tosse emoftoica, perdite vaginali.

■ **5 febbraio 2014:** durante la degenza viene sottoposta ad ecografia transvaginale, che evidenzia un'immagine compatibile con residui post-abortivi a livello della cervice uterina.

■ **6 febbraio 2014:** viene praticata isterosuzione ed RCU (revisione della cavità uterina), con fuoriuscita di materiale purulento.

■ **8 marzo 2014:** La paziente viene dimessa con terapia antitubercolare.

► Decorso clinico

In aprile, la signora si presenta al controllo presso il Mmg: è in buone condizioni generali. Vengono quindi stabiliti controlli periodici presso il centro di riferimento per la TBC e presso l'ambulatorio di Medicina Generale viene programmato un controllo ginecologico con una ecografia sovrapubica e transvaginale.

► Discussione

Dai dati a disposizione, non è stato possibile definire una relazione causa-effetto fra l'aborto e la concomitante patologia respiratoria tubercolare.

Sino a qualche anno fa i casi di TBC sono stati segnalati in anziani o in pazienti immunodepressi e la possibilità di identificare questa malattia nel contesto dell'assistenza primaria era piuttosto rara.

Nel caso proposto, la sovrapposizione fra il quadro ginecologico e la patologia respiratoria, ha probabilmente creato un *bias* nella valutazione del quadro clinico. La paziente ha effettuato una rivalutazione della cavità uterina solo in tempi differiti, in quanto la sintomatologia era stata correlata esclusivamente alla malattia respiratoria.

► Riflessioni conclusive

La valutazione del caso ci ha proposto alcune riflessioni.

1 Recenti dati epidemiologici mostrano che il tasso di incidenza nella popolazione totale in Italia è in progressivo decremento, ma il più alto tasso di incidenza

tubercolare si osserva in Lombardia con circa il 29% dei casi totali di malattia e un tasso di incidenza di oltre 13 casi/100.000 abitanti.

2 Il dato anamnestico iniziale, di familiarità per TBC polmonare della sorella, ha ovviamente facilitato la diagnosi della malattia respiratoria. La valutazione del dato anamnestico, dei determinanti familiari e socio-economici della paziente è di grande utilità per definire un migliore approccio diagnostico-terapeutico. Questi aspetti non devono essere sottovalutati nel contesto dell'assistenza primaria.

3 Questo caso deve farci riflettere sulla possibilità di incontrare pazienti affetti da TBC polmonare, in particolar modo in alcune etnie di immigrati e nella fascia di età tra i 14 e i 30 anni, come osservato nel caso nella nostra paziente. In altre parole, il quadro epidemiologico della TBC polmonare si sta profondamente modificando in alcune aree del Paese. Questo fenomeno richiede un maggiore livello di attenzione da parte degli operatori sanitari. Potrebbe essere adeguato indagare con il test di Mantoux i soggetti a rischio o i pazienti con sintomatologia respiratoria aspecifica. Le segnalazioni di diffusione di malattia stanno progressivamente aumentando particolarmente nei pazienti giovani.

4 La paziente è stata assistita in due centri ospedalieri ad alta specializzazione nei quali è razionale pensare che si possa avere il migliore livello di cure possibili per ogni singola competenza, tuttavia,

l'iter clinico della paziente suggerisce che la compartimentazione delle competenze cliniche non necessariamente comporti una valutazione complessiva ottimale e, particolarmente nei pazienti con polisintomatologia. Il quadro ginecologico è stato indagato solo in tempi differiti.

5 La tecnica di studio dei casi retrospettivi (la preparazione della sequenza cronologica) che è stata utilizzata nell'esame di questo caso appartiene alle tecniche d'esame di eventi retrospettivi in uso negli studi di risk management.

6 Per rafforzare il rapporto medico-paziente, la donna è stata informata della raccolta dei dati anamnestici e clinici di questo caso e della finalità dei dati raccolti.

Bibliografia

- Linee guida SIEOG 2010
- La tubercolosi polmonare in Italia: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1472_allegato.pdf
- Caridi B. Cresce la tubercolosi in Italia: flussi migratori e globalizzazione fra le cause principali (www.meteoweb.eu)
- Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1103_allegato.pdf
- CDC tuberculosis and pregnancy: www.cdc.gov
- Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. Mathad JS, Gupta A www.uptodate.com/contents/tuberculosis-in-pregnancy/abstract/2
- Llewelyn M et al. Tuberculosis diagnosed during pregnancy: a prospective study from London (www.uptodate.com/contents/tuberculosis-in-pregnancy/abstract/27)

Come sarà la prossima stagione influenzale

I virus influenzali della stagione influenzale 2014/2015 non sembrano particolarmente aggressivi, ma è importante distinguere fra influenza e sindromi para-influenzali

Come ogni anno, di questa stagione si delineano le previsioni per la prossima stagione influenzale. Naturalmente la vera influenza si diffonderà maggiormente nei periodi di freddo intenso e prolungato (tipicamente tra novembre e marzo), mentre le forme para-influenzali avranno la caratteristica di essere presenti tutto l'anno e si incrementeranno in caso di frequenti sbalzi di temperatura. Visto l'andamento del tempo atmosferico, proprio per questo gli esperti quest'anno, ancor più che negli altri anni, ci tengono a ribadire la differenza tra la "vera influenza" e le sindromi para-influenzali: "Tecnicamente si può parlare di 'vera influenza' solo quando ci sono tre condizioni presenti contemporaneamente: febbre elevata >38 ad insorgenza brusca; sintomi sistemici come i dolori muscolari/articolari; sintomi respiratori come la tosse, il naso che cola, la congestione/secrezione nasale e mal di gola. In tutti gli altri casi si parla di infezioni respiratorie acute o sindromi para-influenzali" dichiara il Prof. Fabrizio Pregliasco, Ricercatore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi di Milano. "La prossima stagione influenzale sarà, infatti, caratterizzata da tre virus: A/H1N1/ California, A/H3N2/ Texas e B/Massachussetts. Non

si tratterà in ogni caso di un'influenza aggressiva e per l'inverno 2014-2015 si prevedono circa 4 milioni di casi. Non va sottovalutata poi, la stima di coloro che verranno contagiati dai virus "cugini" (ce ne sono oltre 200), responsabili delle sindromi simil-influenzali, che potrebbero raggiungere altri 6 milioni di italiani".

In questo scenario, i farmaci di automedicazione si confermano il rimedio principale a cui si affidano il 56% degli italiani per il trattamento delle sindromi influenzali e para-influenzali, dagli antinfiammatori non steroidei (FANS) sia per uso sistemico che locale, agli sciroppi per la tosse, ai mucolitici e ai decongestionanti. Si tratta di farmaci a cui i cittadini si affidano con sicurezza, certi che in caso di necessità si può facilmente far ricorso al consiglio del farmacista o del medico di famiglia, come dichiarano di fare già il 68% degli italiani.

► Accorgimenti per la prevenzione

È importante ricordare che alcuni accorgimenti possono aiutare a prevenire influenza e sindromi para-influenzali. Secondo un'indagine condotta su un campione di italiani tra i 18 e i 64 anni commissionata da Assosalute (Associazione

nazionale farmaci di automedicazione), per preparare il proprio fisico all'inverno:

- oltre il 50% degli italiani fa attenzione all'abbigliamento e si veste "a cipolla";
- il 31,3% sta più attento all'alimentazione cercando di assumere cibi con un maggior apporto di vitamine (spremute d'arancia, ecc.);
- oltre il 25% verifica di avere in casa i farmaci di automedicazione che possono essergli utili;
- lo sport, soprattutto tra i più giovani, è visto come un'arma di prevenzione (2,6%);
- il 12% farà il vaccino antinfluenzale.

"Oltre ad affidarsi ad una corretta automedicazione", prosegue il Prof. Pregliasco, "esistono poi dei piccoli accorgimenti da mettere in atto nella vita quotidiana che possono diminuire/evitare il contagio: alcuni esempi possono essere lavarsi spesso le mani, coprirsi la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce ed evitare luoghi chiusi e affollati".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Focus sul dolore articolare nell'anziano

Un'iniziativa multimediale di *M.D. Digital* fornisce gli strumenti utili per il management del dolore muscolo-scheletrico nei pazienti anziani e fragili

La gestione terapeutica del dolore osteoarticolare (OA) negli anziani è una problematica con cui il Mmg si confronta quotidianamente.

Parallelamente all'invecchiamento della popolazione si assiste all'aumento progressivo dei pazienti affetti da numerose comorbidità e che di conseguenza sono politrattati, per cui può essere utile un trattamento topico del dolore osteoarticolare.

► Il progetto e i contributi

L'iniziativa ha lo scopo di fornire - attraverso una serie di videotutorial (*M.D. Media*) disponibili in *M.D. Digital* in una pagina dedicata (accessibile tramite l'home page del settimanale) - gli strumenti per identificare l'anziano fragile o pre-fragile, con l'obiettivo di preservare e migliorare la sua qualità di vita.

Un focus particolare è dedicato al dolore limitante la motilità e alla sua relazione con la fragilità. Il progetto si articola attraverso 4 videointerviste ad altrettanti referenti scientifici tra i più accreditati nel panorama della geriatria italiana. Sulla base della loro esperienza ogni specialista tratta la tematica fornendo elementi utili come bibliografie, scale di valutazione multidimensionale, documenti e linee guida.

Il primo contributo è del Prof. **Alberto Pilotto**, Direttore UOC Geriatria, Ospedale S. Antonio di Padova, tra gli specialisti più vicini ai Mmg. Nel suo approfondimento A. Pilotto evidenzia che oltre alla multimorbidità e all'abuso di farmaci, gli aspetti legati alla scarsa mobilitazione sono direttamente associati al rischio aumentato di fragilità e mortalità. La valutazione multidimensionale è lo strumento di prima scelta per l'identificazione dell'anziano fragile e i "frailty index" permettono la valutazione prognostica e la personalizzazione della terapia. Per l'alto rischio di eventi avversi, soprattutto degli antidolorifici sistemici, l'impiego di FANS per uso topico è una scelta ragionevole.

Questo aspetto viene ampliato dal Prof. **Ernesto Palummeri**, Direttore SC di Geriatria, EO Ospedali Galliera di Genova. Soprattutto nella gestione del dolore alle articolazioni superficiali (caviglie, ginocchia, spalla, gomito, mani), l'impiego di FANS topici ha il vantaggio di avere un buon assorbimento per via cutanea. Questo permette di raggiungere concentrazioni efficaci di farmaco a livello delle articolazioni, alleviando così il dolore e ridando la normale funzionalità.

Educare gli anziani al movimento è per il Prof **Franco Rengo** (Di-

rettore Fondazione Salvatore Maugeri di Telesse Terme, Università degli Studi di Napoli "Federico II") una priorità, perché un'adeguata attività fisica migliora la loro qualità di vita ed è uno strumento per controllare il dolore articolare, soprattutto delle piccole articolazioni. Inoltre nei processi di riabilitazione il movimento ha delle ricadute positive anche sulla funzionalità respiratoria e cardiovascolare.

Per il Prof. **Giovanni Gambassi** Dipartimento di Scienze Gerontologiche Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, l'utilizzo di FANS sistemici per il controllo del dolore in questi pazienti va monitorato attentamente per le possibili interazioni con altri farmaci. La somministrazione di FANS topici ha il vantaggio di limitare l'assorbimento sistemico, permettendo di evitare problemi d'interazioni farmacologiche soprattutto nei pazienti anziani e fragili che spesso presentano comorbidità e sono in politerapia.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Terapia innovativa nel linfoma di Hodgkin

► I pazienti con linfoma di Hodgkin (HL) che hanno assunto brentuximab vedotin come terapia di consolidamento dopo trapianto autologo di cellule staminali sono sopravvissuti in assenza di progressione di malattia, significativamente più a lungo rispetto al placebo. È il positivo risultato dello studio di fase 3 randomizzato AETHERA che ha messo a confronto l'uso del singolo agente brentuximab vedotin e placebo su 329 pazienti con HL a rischio recidiva. Brentuximab vedotin è un anticorpo coniugato a farmaco (ADC) anti-CD30, un marker caratteristico dello stesso HL classico ed è stato approvato in oltre 45 Paesi per il trattamento di HL recidivante e del linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico.

HIV, nuovo regime in singola compressa

► Rimborsato anche in Italia il nuovo regime terapeutico che in una sola compressa, da assumere 1/die, comprende i quattro farmaci necessari a combattere l'HIV: tenofovir disoproxil fumarato, emtricitabina, elvitegravir e cobicistat, quest'ultimo non come antivirale, ma come potenziatore e stabilizzatore del vero elemento innovativo della combinazione: l'inibitore dell'integrasi elvitegravir. Si tratta di un'importante conquista per i pazienti, che vedono così potenzialmente facilitato l'accesso alla terapia anti-HIV più innovativa attualmente disponibile, frutto di una ricerca iniziata oltre 10 anni fa con i primi "Single Tablet Regimen".

Herpes zoster: indirizzi di prevenzione

► Nel corso del recente congresso della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica sono stati presentati, tra gli altri, nuovi indirizzi in tema di prevenzione dell'Herpes zoster. Per Giancarlo Icardi, Ordinario di Igiene all'Università degli Studi di Genova, la gestione terapeutica dell'Herpes zoster e della nevralgia post-erpetica è complessa e spesso insoddisfacente. Il vaccino anti Herpes zoster è ritenuto efficace, con dati di protezione nel lungo periodo già disponibili. Questo strumento di prevenzione è raccomandato o è già in uso in diversi Paesi, sulla base di una indicazione per età. In Italia sarebbe opportuno proporre, attraverso un'attenta politica di sanità pubblica, il vaccino nella fascia di età 60-70 anni e alla popolazione a rischio con alcune patologie croniche.

Collagenasi iniettiva per il morbo di Dupuytren

► Per il trattamento della contrattura di Dupuytren in pazienti adulti con corda palpabile è oggi disponibile una terapia farmacologica che può evitare l'approccio chirurgico. Si tratta della collagenasi di *Clostridium histolyticum*, farmaco che viene iniettato nella corda di Dupuytren ed è in grado di provocare la lisi enzimatica e quindi la rottura della corda stessa con successiva estensione delle dita interessate dalla contrattura. La collagenasi viene iniettata con un ago molto sottile e dopo 24 ore dall'inie-

zione, in adeguato ambiente ospedaliero con anestesia locale, viene praticata una manipolazione, una trazione della mano, e il paziente recupera la distensione del palmo il giorno stesso. In questa malattia il rischio di recidive è molto alto e la collagenasi permette di essere ripetuta per tutte le recidive.

■ L'elenco dei centri di chirurgia della mano autorizzati ad eseguire la procedura è disponibile in www.sicm.it

Psoriasi, positive conferme per secukinumab

► Risoluzione delle manifestazioni cutanee nella psoriasi: è il nuovo positivo dato per secukinumab, un anticorpo monoclonale interamente umano, in fase di sperimentazione in patologie che colpiscono il sistema immunitario. L'agente agisce inibendo inibisce l'azione dell'interleuchina-17A (IL-17A) coinvolta nello sviluppo della psoriasi. Le nuove analisi degli studi di fase III (presentati al recente congresso della *European Association of Dermatology and Venereology* di Amsterdam) hanno dimostrato che il trattamento con secukinumab 300 ha determinato tassi più elevati di raggiungimento di una cute esente o quasi esente da lesioni alla settimana 12 rispetto al placebo, indipendentemente dalla severità della psoriasi ($p < 0.0001$).

La risoluzione delle manifestazioni cutanee si è mantenuta nel corso di un anno di trattamento ($p < 0.0001$). Questo dato è importante in quanto è stato dimostrato che la severità della malattia all'inizio del trattamento influisce negativamente sulla risposta ad altre terapie in pazienti con psoriasi.