

# M.D.

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

Anno XXII, numero 7 - ottobre 2015

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

## IN QUESTO NUMERO

### FOCUS ON

6

**Più ombre che luci sulla  
condivisione dei dati  
elettronici in sanità**

### PROFESSIONE

9

**Siamo medici  
di medicina generale  
o agenti del Fisco?**

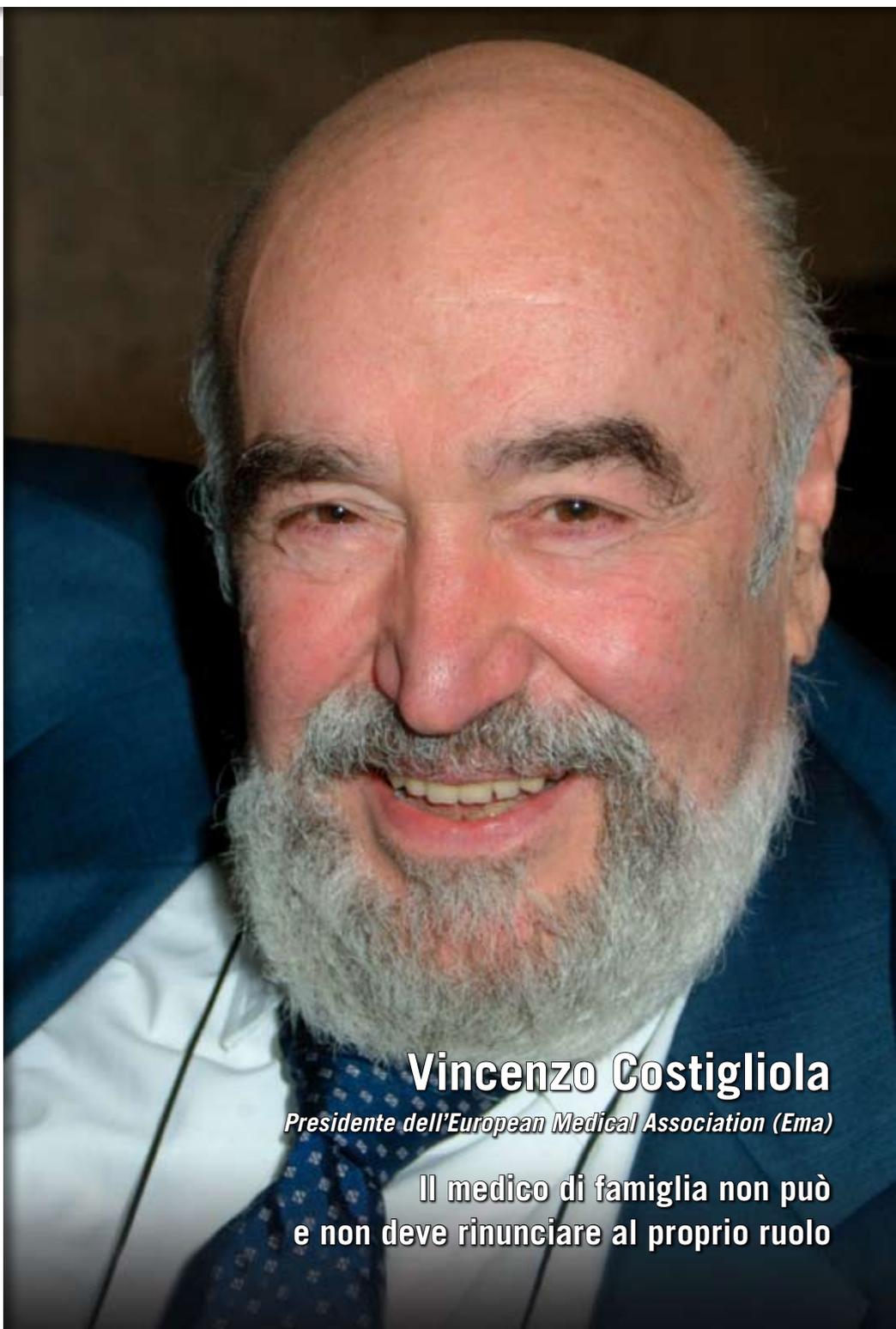
### RASSEGNA

30

**Highlights dal congresso  
EASD: come curare  
meglio il diabete?**



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



**Vincenzo Costigliola**

*Presidente dell'European Medical Association (Ema)*

**Il medico di famiglia non può  
e non deve rinunciare al proprio ruolo**



## 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**  
Il medico di famiglia non può e non deve rinunciare al proprio ruolo ..... 5
- **Focus on**  
Più ombre che luci sulla condivisione dei dati elettronici in sanità ..... 6
- **Professione**  
Siamo medici di medicina generale o agenti del Fisco? ..... 9
- **Proposte**  
Serve una formazione ad hoc per la Continuità Assistenziale ..... 10
- **Tribuna**  
Non possiamo che essere appropriati ..... 12
- **Contrappunto**  
Un suggerimento contro lo spreco al Ministro della Salute ..... 13
- **Appunti**  
Personal computer, il terzo incomodo tra medico e paziente ..... 14
- **Pensieri**  
Farmaci s-caduti ovvero: memorie di un prescrittore ..... 15
- **Ricerche**  
Centrali a biomasse e ricadute sulla salute ..... 17
- **Prospettive**  
Il corpo sostituito, l'inizio di un'era post-medico? ..... 18

## AGGIORNAMENTI

- **Cardioncologia**  
Cardiotossicità e terapie antitumorali: un decalogo ..... 22
- **Epatologia**  
Non più cirrosi, ma colangite biliare primitiva ..... 23
- **Infettivologia**  
Strategie per ridurre la mortalità per sepsi ..... 24
- **Iipertensione arteriosa**  
Appropriatezza delle cure nel nuovo algoritmo AIFA ..... 25
- **Malattie rare**  
Glicogenosi di tipo II, la sfida è nel riconoscimento precoce ..... 26
- **Malattie respiratorie**  
Aderenza terapeutica e dispositivi inalatori per asma e BPCO ..... 27
- **Prevenzione**  
Funzione renale ridotta, la new entry su cui "fare" attenzione ..... 28

## CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**  
Highlights dal congresso EASD: come curare meglio il diabete? ..... 30
- **Clinica**  
Sindrome di Tako-tsubo: nuove evidenze ..... 34
- **Management**  
Stratificazione del paziente con sincope ..... 36
- **Osservatorio**  
Scompenso cardiaco: si può fare di più ..... 37
- **Pratica medica**  
La difficoltà del medico nella comunicazione della malattia grave ..... 38
- **Riflessioni**  
Dimensione collettiva e individuale della prevenzione secondaria ..... 42
- **Monitor**  
Un premio all'eccellenza scientifica ..... 46

# Il medico di famiglia non può e non deve rinunciare al proprio ruolo

**L**a sostenibilità dei Servizi sanitari nazionali è un problema che accomuna l'intera Europa, pur con i dovuti distinguo. I tentativi di controllare la spesa sanitaria spesso prevaricano il campo della politica e invadano quello delle professioni sanitarie. L'atto medico è sempre più imbrigliato in lacci e laccioli che ne delimitano l'azione. A pagare le conseguenze di tutto ciò sono i professionisti che si trovano in prima linea, come i medici di medicina generale, che attraversano una vera e propria crisi di identità, acuita dal dilagare di una Medicina sempre più amministrata da scelte economico-politiche. Che fare? Per **Vincenzo Costigliola**, Presidente dell'*European Medical Association* (EMA), la risposta non è difficile: il Mmg deve puntare sulla peculiarità della Disciplina che esercita per gestire i repentini cambiamenti imposti al suo ruolo, non dalle esigenze della "politica", ma dalla domanda di salute che viene da pazienti sempre più consapevoli e informati. Soggetti attivi della propria salute, più esigenti che chiedono prestazioni professionali non certo affini ad una "Medicina amministrata".

"Il medico di medicina generale non può e non deve rinunciare al proprio ruolo - dichiara ad *M.D.* il Presidente dell'Ema - ma deve rafforzarlo. Puntando sulla peculiarità della relazione fiduciaria con i propri pazienti, deve consolidarne l'eticità. Solo attraverso questo rapporto privilegiato è possibile stilare un profilo medico dei propri assistiti con informazioni validate e credibili, che diventano un vero e proprio patrimonio per poter mettere in atto una medicina sempre più personalizzata che rappresenta il futuro delle cure". Rafforzare la relazione, strutturare dei profili dei propri assistiti dettagliati sono queste le armi a cui i medici di famiglia devono affidarsi per rispondere alle richieste inappropriate che vengono dai sistemi sanitari in cui operano. Per farlo però, secondo Costigliola, devono appropriarsi anche dei mezzi messi a disposizione dalla moderna tecnologia ed essere protagonisti della rivoluzione digitale in atto, non subendo passivamente quanto gli viene imposto. Proprio per questi motivi c'è bisogno di strutturare una formazione al passo coi tempi, una formazione continua "in itinere" che permetta alla professione di rispondere ai cambiamenti e gestirli.



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

# Più ombre che luci sulla condivisione dei dati elettronici in sanità

“Da Big Data al Paziente”. È questo il titolo del recente convegno di Verona promosso dall’OMCeO e dal Centro Studi Fimmg veronese in cui è stata data particolare attenzione alle modalità di scambio dei dati cosiddetti “sensibili”.

Molte sono state le criticità emerse: sul piano della sicurezza, del rispetto della privacy, sulle implicazioni deontologiche e giuridiche. Criticità che rappresentano un vero e proprio rischio per due cardini della professione: il segreto professionale e il rapporto fiduciario tra Mmg e paziente

**Simone Matriciano**

**L**e reti telematiche in sanità hanno enormi capacità nel concentrare dati sensibili. Ma sono sicure, sia per il paziente che per il medico di famiglia? I sistemi di firma attualmente utilizzabili nell’universo del web, garantiscono un sufficiente livello di sicurezza al medico che di questi documenti (come il Fascicolo Sanitario Elettronico o il *Patient Summary*) risulta responsabile? Quando un medico è tenuto a chiedere il consenso al trattamento dei dati al paziente? E quando no? Sono queste alcune domande alle quali si è cercato di dare risposta al Convegno Nazionale tenutosi di recente a Verona e intitolato “Da Big Data al Paziente. Condivisione Dati Elettronici in Sanità: Criticità, Ricerca, Privacy, Partecipazione”. Organizzato sotto l’impulso di **Roberto Mora**, Presidente dell’OMCeO di Ver-



na, e da **Francesco Del Zotti**, Direttore del Centro Studi Fimmg di Verona - Kèiron, il convegno ha offerto spunti di riflessione su un tema molto ampio e dall’impatto professionale notevole per le attuali e future generazioni di camici bianchi. A livello istituzionale ci si è particolarmente soffermati sulle ricadute pratiche e innovative della rivoluzione digitale in sanità, sottovalutando i rischi, le criticità tecniche emerse nelle fasi di implementazione e le ricadute etiche, giuridiche, deontologiche inerenti ai medici. Proprio per questo motivo il convegno ha voluto dare a questo tema un approccio multidisciplinare coinvolgendo, oltre ai medici, altri professionisti, avvocati, informatici, ecc. In questo processo, la serenità del lavoro del medico e la chiarezza del legislatore devono procedere di

pari passo. Ricette dematerializzate, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e tutela dei dati sanitari del paziente non possono incrinare i due pilastri della medicina di tutti i tempi: il segreto professionale e il rapporto fiduciario. Sono queste le due stelle che devono condurre verso quell’isola che (ancora) non c’è della condivisione dei dati elettronici in Sanità. Un concetto che è stato ribadito al convegno durante la presentazione della “Carta di Verona”, un dodecalogo a cura dell’OMCeO di Verona, e del Centro Studi Fimmg di Verona - Kèiron, stilato con il diretto contributo dei medici. Dodici punti propedeutici ad un’implementazione delle novità digitali nella professione secondo i dettami ippocratici: “*Se la rete vorrà dare un servizio alla medicina e se non vorrà bruciare se stessa in questa funzione - si legge nell’introduzione della Carta di Verona- dovrà rispettare tutti i pilastri ippocratici: è la rete che*

deve adeguarsi a questi pilastri e non viceversa”.

## ► Il Fascicolo Sanitario Elettronico

È appena stato firmato dal ministro Lorenzin il primo decreto attuativo sul FSE che appare, quindi, in dirittura d'arrivo. Tornato agli onori della cronaca, il FSE pone nuovamente una serie di questioni centrali: è davvero utile, dal punto di vista del paziente? E quali possono essere, dal punto di vista del medico di medicina generale (chiamato a compilare il *Patient Summary*, ossia il documento socio-sanitario informatico che riassume la storia clinica dell'assistito), le responsabilità giuridiche ad esso connesse? A questo interrogativo ha cercato di rispondere la relazione tenuta a Verona dall'avvocato Chiara Rabbito Coordinatrice nazionale del gruppo di ricerca "Sicurezza e Privacy" della Società Italiana di Telemedicina, SIT.

"La questione è delicata e diversificata - ha detto l'avvocato **Chiara Rabbito**, - perché uno dei criteri fondamentali che sovrintendono alla disciplina giuridica del dato è relativo alla finalità: le regole del gioco cambiano in base alla finalità del dato e dipendono dell'Ente che sovrintende tale trattamento. È importante distinguere tra dati personali, dati sensibili e dati sanitari”.

## ► Dati sanitari e dati sensibili

Ma spieghiamo meglio. Se ci troviamo di fronte ad un "dato sanitario", quindi con finalità di tutela della salute e utilizzato da organismi sanitari o dal medico di

famiglia, è necessario il consenso del cittadino al trattamento. Malgrado ciò, ci sono situazioni particolari in cui tali dati vengono trasmessi al Ministero delle finanze o al Ministero del lavoro senza consenso. Perché ciò accade? Perché si tratta di dati sensibili. E la disciplina del dato sensibile prevede sì una stretta regolamentazione (anche sotto il controllo del garante), ma non il consenso al trattamento da parte del cittadino.

Si tratta di una distinzione fondamentale per salvaguardare il diritto alla privacy. I dati a contenuto sanitario trattati non a tutela della salute del paziente e/o non da organismi sanitari o da esercenti professioni sanitarie infatti non vengono classificati come dati sanitari, ma come dati sensibili. Ricadono nella disciplina del Codice privacy relativa ai dati sensibili. Il trattamento dei dati sensibili da parte di soggetti pubblici è consentito solo se autorizzato da espressa disposizione di legge, nella quale sono specificati i tipi di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite. Chiarito ciò, ecco che ci troviamo di fronte ad una grande criticità che riguarda proprio il FSE: "Il problema principale del Fascicolo sanitario elettronico - ha precisato l'avvocato Rabbito - è proprio la molteplicità di dati in esso contenuti e, di conseguenza, la pluralità di discipline richieste per regolamentarne l'utilizzo e la diffusione”.

A tale riguardo abbiamo chiesto all'avvocato Rabbito come deve comportarsi allora il Mmg nella selva di dati e discipline atte a regolamentarne l'utilizzo? "Il mio

consiglio - ha risposto - è di preoccuparsi esclusivamente delle proprie responsabilità, ossia il sistema informatico di riferimento e la raccolta delle informative necessarie per il paziente”. (Tabelle 1 e 2)

Purtroppo, la realtà è molto più complessa. Molti dati che, come viene specificato proprio nel decreto, sono finalizzati al controllo della spesa e al governo della professione, finiscono nella mani di altri soggetti pubblici, i quali dovrebbero informare il cittadino delle modalità e delle operazioni che, su tali dati, vengono compiute. Come si evince dalle parole dell'avvocato Rabbito, la strada per una corretta gestione dei dati da un punto di vista telematico è ancora lunga e tortuosa. E se l'attuale gestione suscita qualche perplessità, lo stesso deve purtroppo dirsi circa la sicurezza (per il paziente e per il medico) dei dati che già circolano o circoleranno in rete.

### Tabella 1

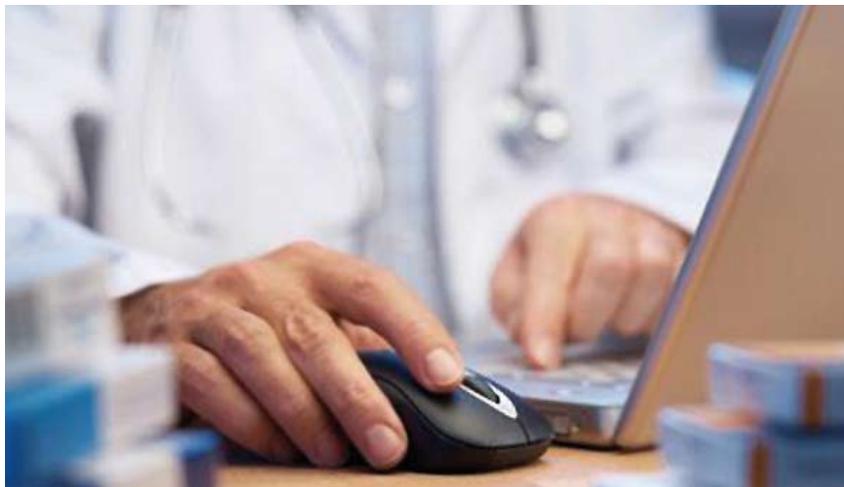
#### I dati del FSE

- Gli stessi dati a contenuto sanitario contenuti nel FSE saranno utilizzati per finalità diverse e avranno quindi una disciplina normativa diversa e titolari diversi.
- Se sono utilizzati dal MMG o dal SSN a fini di tutela della salute sono dati sanitari ed è richiesto il consenso previa informativa.
- Se sono utilizzati dalle Regioni o dai Ministeri a fini di governo non sono dati sanitari ma dati sensibili, non è richiesto il consenso del paziente ma sono soggetti a stringente regolamentazione normativa.

Tabella 2

### Il Mmg e i dati sanitari

- Il Mmg è titolare dei dati sanitari dei propri pazienti e con riguardo al relativo trattamento deve raccogliere, previa informativa, il consenso del paziente.
- Il Mmg è quindi titolare o co-titolare anche dei dati sanitari dei propri pazienti che confluiranno nel FSE e che saranno utilizzati per le finalità di cura del paziente.
- Il Mmg non è titolare dei dati del FSE che saranno utilizzati per finalità di governo, perché la titolarità spetta alle Regioni, alle Province autonome, al Ministero della Salute e al Ministero del Lavoro.



utilizzare la firma digitale - prosegue Pigliapoco - equivalente sotto il profilo giuridico alla firma autografa, ma anche questa presenta non pochi problemi in fatto di sicurezza. Siamo quindi nella situazione in cui i Mmg sono chiamati ad inserire nel sistema informatico legato al Ssn, con le attrezzature a loro disposizione, documenti che ricadono sotto la loro responsabilità. Il tutto col supporto di strumenti legati alla firma che non garantiscono un ottimo livello di sicurezza” ha concluso Pigliapoco. Occorre quindi evolvere dalla situazione attuale, soprattutto facendo leva sulla formazione di tutti gli operatori sanitari, affinché si crei un clima di fiducia che permetta ai Mmg, a chi trasmette i dati e a chi li gestisce post diffusione di avere la certezza che quei dati e documenti non saranno modificabili.

### Conclusioni

Nella tavola rotonda che ha chiuso i lavori si è oltremodo sottolineato che la realizzazione operativa di proposte come quella delle ricette de-materializzate o del nascente FSE rappresentano un cambiamento epocale non solo nelle relazioni

tra medico e paziente, ma anche tra cittadini ed autorità pubbliche. C’è quindi la necessità di una sistematica e raffinata opera di informazione e raccolta di consenso maturo da parte dei cittadini. Rispetto a questi compiti, oggi molto sembra fondarsi sulle forze dei singoli medici, ed è auspicabile che Governo, Regioni evitino il più possibile toni (spesso propagandistici) orientati ai soli aspetti positivi. Le Istituzioni hanno il compito di fornire una completa informazione ai cittadini circa i pro e contro di ogni soluzione telematica. Alle autorità spetta inoltre l’obbligo di raccogliere pieno consenso (o dissenso) sul processo di raccolta dati e sulle modalità della loro tenuta nei server istituzionali, a partire da quei dati che già i medici spediscono telematicamente: certificati, ricette de-materializzate di farmaci, analisi e test strumentali.

### ► Un problema di sicurezza

“Quando parliamo di FSE ci riferiamo ad un documento che viaggia online. Ma bisogna andare oltre ciò che è immediatamente visibile, come i dati in esso raccolti. C’è infatti un’esigenza per chi redige un documento tanto sensibile: la riferibilità certa del documento stesso al suo autore” ha spiegato nel suo intervento il Prof. **Stefano Pigliapoco**, Docente Informatica Documentale, Università di Macerata.

Abbiamo mai ragionato su quanto sia possibile modificare un documento telematico? E ci siamo mai soffermati su un tema centrale come quello della firma ad esso associata?

Attualmente è molto diffusa la cosiddetta “firma elettronica”, generata da una User ID e una *password*, ma si tratta di un sistema che non garantisce un elevato livello di sicurezza. “Si potrebbe allora



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare le interviste raccolte durante il Convegno di Verona: “Da Big data al Paziente”

# Siamo medici di medicina generale o agenti del Fisco?

È certamente una domanda che molti Mmg si stanno ponendo dopo l'uscita della Gazzetta Ufficiale n. 233 del 7/10/2015 (supplemento ordinario n. 55) in cui è stata pubblicata la revisione delle sanzioni riguardanti la violazione degli obblighi di comunicazione al Sistema tessera sanitaria (art. 23) per il 730 precompilato. 100 euro per ogni comunicazione tardiva o errata, non effettuata, con un massimo di 50.000 euro

**C**ento euro per ogni comunicazione tardiva o errata, non effettuata, con un massimo di 50.000 euro. Sono queste le sanzioni previste per gli operatori che violano gli obblighi di comunicazione al Sistema tessera sanitaria (art. 23) per il 730 precompilato, Mmg compresi (*Gazzetta Ufficiale* n. 233 del 7/10/2015 - supplemento ordinario n. 55). Tale provvedimento infatti riguarda le Asl, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari, le farmacie, pubbliche e private, i presidi di specialistica ambulatoriale, le strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa, gli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari e gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri, che dovranno inviare al Sistema tessera sanitaria, i dati relativi alle prestazioni erogate nel 2015, ai fini della loro messa a disposizione dell'Agenzia delle Entrate. Non è difficile prevedere quello che accadrà, visto già quanto avviene per un'altra incombenza che pesa sulle spalle dei Mmg e cioè la responsabilità dell'applicazione del

diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per reddito. È notizia recente che ad Avola 44 medici e 278 pazienti sono stati accusati di truffa per aver applicato l'esenzione dal ticket a pazienti che non ne avrebbero avuto diritto. Secondo la normativa vigente, introdotta nel 2009, tocca proprio ai medici la verifica sul sito del MEF, o tramite il sistema tessera sanitaria, del diritto del singolo cittadino all'esenzione. Quando questo provvedimento venne approvato fu accompagnato da una marea di critiche e proteste per l'ennesima incombenza burocratica scaricata sui Mmg. Proteste che, vista l'attuale situazione, non hanno sortito alcun effetto.

## ► Una mutazione genetica

I compiti burocratici dei Mmg sono aumentati a dismisura in nome della digitalizzazione del sistema e della semplificazione fiscale al punto da determinare una vera e propria mutazione genetica della Medicina Generale. Ma oltre al danno c'è anche la beffa delle sanzioni. A questo punto molti medici di famiglia, in piena crisi di identità, si chiederanno se sono ancora

medici o agenti del fisco. Forse la misura è colma come sembra testimoniare la dura posizione presa dalla FNOMCeO, dopo l'annuncio dell'introduzione delle sanzioni inerenti al 730 precompilato, che ha deciso di non fornire nel formato richiesto i dati degli Albi per l'accREDITAMENTO dei professionisti al sistema. Né, da parte loro, gli Ordini provinciali svolgeranno alcun ruolo per il rilascio delle credenziali ai singoli iscritti. "C'è da chiedersi - ha dichiarato il presidente della FNOMCeO **Roberta Chersevani** - se il MEF ritenga che gli studi dei medici e degli odontoiatri dispongano di un apparato amministrativo in grado di sostituirsi a quello dell'amministrazione fiscale; se medici e odontoiatri debbano accollarsi essi stessi l'onere, a fronte di costi già difficilmente sostenibili, o se tale funzione debba essere delegata, a commercialisti esterni, con spese ancora maggiori. E non si tratta di una questione puramente economica: nel caso il professionista debba occuparsene personalmente, lo farà inevitabilmente sottraendo tempo all'ascolto e alla cura delle persone. E questo non è accettabile".

# Serve una formazione ad hoc per la Continuità Assistenziale

*La Continuità Assistenziale si presenta tuttora e a distanza di anni come un progetto geniale nella sua semplicità ed efficacia. Alla luce degli attuali modelli di formazione il vecchio progetto potrebbe migliorare in efficienza, ma a causa di una serie di normative inadeguate non è prevista alcuna attività propedeutica per la CA. I medici di continuità assistenziale tuttavia sono sottoposti a carichi di responsabilità e di emozionabilità elevata, quindi sarebbe opportuna non solo una formazione sulla gestione dello stress professionale, ma soprattutto avere la possibilità di avviare a questa professione operatori con una forte motivazione e attitudine attraverso test di valutazione attitudinale*

**Alessandro Chiari**  
 Segretario Smi-Emilia Romagna

La CA ha ereditato dalla medicina territoriale in questi anni, obiettivi assistenziali molto più complessi di quelli che aveva nel passato: oltre che al potenziamento dell'attività ambulatoriale, bisogno e tendenza ereditata dalla Medicina Generale, interviene sulla presa in carico territoriale, sulle figure critiche e fragili, sui pazienti in assistenza domiciliare, palliativa e terminale, sui piccoli pazienti pediatrici. Tutti questi possono essere gestiti efficacemente dalla CA solamente tramite una formazione adeguata e permanente. I contenuti del servizio, alla luce della maggiore professionalità e complessità richiesta, devono essere adeguati, mettendo i medici di continuità assistenziale (MCA) nelle condizioni di lavorare in situazioni regolate da parametri di sicurezza, integrazione ed adeguata formazione.

## ► La formazione clinica

In primis il MCA deve essere formato nella conoscenza clinica delle maggiori patologie riscontrabili durante l'attività della continuità assistenziale. Questo aspetto appare comunque quello più facilmente risolvibile istituzionalizzando un semplice periodo di affiancamento dei neoguardiani ai titolari prima di entrare effettivamente in servizio: un *tutoring* sul campo che permetta di apprendere che cosa significhi dare

assistenza in un contesto d'urgenza. Per far apprendere l'organizzazione del servizio ai neoassunti, bisogna quindi formare l'operatore anche sulla conoscenza delle criticità ed opportunità offerte dalle strutture sanitarie in un determinato distretto in modo che si possano comprendere bene le opportunità e le criticità assistenziali territoriali.

## ► La formazione sul servizio

Se vogliamo avere una CA efficiente diventa anche fondamentale una formazione degli operatori, sotto forma di *coaching* a cura di figure più esperte ed appositamente formate per formare a loro volta, facendo apprendere l'organizzazione del servizio ai neoassunti: in poche parole bisogna insegnare quali siano i compiti, ma anche i limiti dei MCA e come questi si debbano interfacciare con gli altri operatori e strutture presenti sul territorio. Poiché è diventato indispensabile anche per i medici di continuità assistenziale il ruolo dell'informatizzazione, bisogna informatizzare e formare la CA su un programma unico accessibile da qualsiasi computer, *tablet* o *smartphone* (*web applications*), che non solo consenta di gestire il registro, ma di accedere al *patient summary* ed a tutte le informazioni laboratoristiche, diagnostiche e terapeutiche del cittadino.

### ► La comunicazione col paziente

Il MCA deve essere messo in grado di saper gestire quei particolari pazienti "difficili" e quelle situazioni critiche che si vengono a creare in quei determinati contesti delle urgenze con il paziente stesso e con i familiari anche sotto forma di minacce o scontri fisici e verbali. Il MCA deve quindi essere messo in grado di saper gestire le crisi e quei rapporti umani resi difficili da determinate situazioni/persona e/o patologie. In questo contesto diventa assolutamente necessaria un'opportuna formazione sulla visita domiciliare e sulla comunicazione col paziente, e con tutto il suo contesto familiare al fine di poter gestire efficacemente una relazione col paziente che, nello specifico della CA, non può contare sul rapporto fiduciario che è peculiare alla Medicina Generale. Questo aspetto può essere migliorato, oltre che con la formazione, stanziando il più possibile il MCA in una determinata sede, al fine di seguire con più continuità i cittadini afferenti a quel determinato territorio.

### ► Etica e deontologia

Certamente gli aspetti etici e deontologici sono sempre stati sottovalutati dalla formazione universitaria e spesso gli Ordini non riescono ad organizzare formazioni efficaci su queste problematiche che però diventano di una drammatica attualità per medici che operino in un contesto territoriale senza conoscere il paziente e spesso senza nemmeno avere la possibilità di essere aiu-

tati da altri colleghi o altro personale sanitario. Lo stesso rapporto tra professionisti è un buon target formativo perché non è assolutamente così automatico e/o scontato imparare a collaborare con profitto con altre figure in un contesto professionale o interprofessionale se non intersettoriale. Imparare a collaborare significa anche avere consapevolezza delle proprie possibilità professionali e dei propri limiti anche in rapporto alle peculiarità del servizio in cui si offre una prestazione sanitaria.

Tutti questi aspetti formativi possono contribuire ad aumentare l'appropriatezza professionale ed a diminuire quelle criticità provocate da condotte eccessivamente difensivistiche che penalizzano l'iniziativa dei colleghi che si trovano a operare in queste prime linee assistenziali. Non dimentichiamo che questo lavoro di trincea è sottoposto ad una smisurata sovraesposizione mediatica, a esagerate pressioni aziendali ed a eccessive aspettative del cittadino.

### ► Formazione aziendale permanente

Naturalmente l'aspetto permanente della formazione, soprattutto in una tale e delicata professionalità, come quella richiesta dai contesti operativi dell'urgenza sanitaria, non sempre sembra un aspetto così scontato e compreso tanto che preferiamo sottolinearne la necessità. Apparirebbe anche superfluo rimarcare che la formazione dovrebbe, completamente, essere sempre a carico delle Aziende e dovrebbe essere incentivata per

diventare efficace. Nell'ambito del corso di formazione per la Medicina Generale dovrebbero essere approntati una serie di moduli inerenti alla formazione per la CA. Inoltre il medico di CA dovrebbe sempre avere parallelamente esperienze di sostituzione in Medicina Generale per una serie di opportunità professionalizzanti date da queste esperienze.

### ► L'importanza delle valutazioni attitudinali

Purtroppo a causa di una serie di normative insufficienti non è prevista alcuna attività propedeutica all'ingresso nell'attività di continuità assistenziale: questo è il vero problema; ma andando oltre, in quest'attività, che è sottoposta anche a carichi di responsabilità e di emozionabilità elevata, dovrebbe esistere anche la possibilità di poter introdurre delle necessarie ed accurate valutazioni attitudinali. Non dimentichiamo che, negli ultimi trent'anni, la continuità assistenziale e la vecchia "guardia medica" hanno forgiato sul campo generazioni di medici. Il concetto di continuità dell'assistenza, che ha cambiato i contenuti del servizio alla luce della maggiore professionalità e complessità richiesta, deve essere supportato adeguatamente da una formazione efficace mettendo il MCA nelle condizioni di lavorare in contesti regolati da parametri di sicurezza, di integrazione e di adeguata formazione. Pare ormai anacronistico che persista tuttora un'autoformazione sul campo, lasciata solamente alla volontà e coscienza dei singoli.

# Non possiamo che essere appropriati

Se dell'atto medico risponde solo il medico, ogni norma che riguardi il contratto di lavoro, legge nazionale o regionale che cerchi di governare l'atto medico, ogni codice appare inutile, pericoloso, incongruo

**Giuseppe Mittiga**

*Medicina Generale, Roma*

I tribunali italiani ci hanno spiegato che il rispetto di linee guida e protocolli non sono "esimenti del reato" in materia di atto medico. I contratti collettivi nazionali e convenzioni pongono già limitazioni, istruzioni, obblighi e divieti all'operato medico che, nei fatti, resta l'unico responsabile del suo agire.

Le Regioni quotidianamente cercano di arginare la spesa sanitaria con norme e decreti che cercano di guidare il medico in senso diagnostico e terapeutico.

La spesa sanitaria stessa e ancor più precisamente la richiesta di salute in genere è destinata ad aumentare.

Il contenzioso medico-paziente è in crescita e non arginabile in poco tempo per legge: è un fatto culturale, di non accettazione dei limiti umani, di convinzioni per cui ormai non si muore semplicemente, ma si viene uccisi dalle malattie. Mettiamo per un momento da parte le considerazioni antropologiche, sociali ed economiche, pur importanti e consideriamo solo le responsabilità.

Se dell'atto medico risponde solo il medico, ogni norma che riguardi il contratto di lavoro, legge nazionale o regionale che cerchi di go-

vernare l'atto medico, ogni codice appare inutile, pericoloso, incongruo.

Se parliamo di salute lasciate parlare i medici, se parliamo di risorse economiche lasciamo parlare i politici. Non può e non deve la parte pubblica far ricadere sull'atto medico la volontà di non erogare prestazioni.

Per questo mi pare molto più consono e opportuno che laddove il medico ritenga indispensabile una determinata prestazione per approfondire l'iter diagnostico sia il politico o il direttore generale a metter la propria faccia e firma nel dire "no", "non erogabile per motivi finanziari".

## ► Limitare l'atto medico è controproducente

Non voglio asserire che il medico sia appropriato per natura. Dico che il medico pratico - e quindi non parlo di organi astratti che collezionano statistiche o algoritmi o linee guida - sa che nessuna richiesta di esame o approfondimento diagnostico lo mette al riparo dal contenzioso. Sa che la richiesta pesa sulla psicologia del paziente, sulle sue risorse economiche, sulla sua vita in toto.

Le limitazioni all'operato del medico non fanno che aumentare la spesa sanitaria: lì dove sintomatologia patognomonica per un certo disturbo si potrebbe risolvere con noti farmaci antisecretivi gastrici, per esempio, l'amministrazione ci obbliga a sottoporre a gastroscopia il paziente, e guarda caso per l'alto numero di tali indagini l'amministrazione stessa ha reso obbligatoria o fortemente consigliata la visita gastroenterologica per arginare, limitare ecc. Un cortocircuito.

Ogni atto medico è fatto di singoli casi. Si risolve tutto in quel dato momento, in quel dato paziente, con la tal storia, i tali sintomi, i tali segni, e - perché no? - nel dato momento vissuto dal medico, dopo il tal caso, dopo il tal congresso, giorno dopo giorno.

Qualcuno soltanto, una piccola minoranza invero, ha detto che un modo per arginare richieste improprie è l'aggiornamento, che non è mai a costo zero e che i medici si pagano già da soli in Ecm. Se è vero, come ci chiede lo Stato, che il medico moderno non è solo medico, allora gli amministratori non siano solo amministratori.

# Un suggerimento contro lo spreco al Ministro della Salute

Per la tanto invocata sostenibilità del Ssn serve un cambio di rotta: bisogna agire sulla domanda di salute, sulle prescrizioni indotte, porre un freno all'accesso improprio ed indiscriminato al servizio sanitario pubblico

**Carlo Iannotti**

*Medicina Generale, Benevento*

**A** proposito dell'indiscutibile spreco nella sanità pubblica, vorrei suggerire al Ministro Lorenzin, per ottenere il sacrosanto e possibile risparmio, di agire sulla domanda di salute (e di esami) non già sull'offerta. Esami a 'vanvera' ne fanno (a iosa) solo gli esenti ticket e questi ne fanno un abuso stratosferico pretendendoli dai medici ed anzi ricattandoli in vario modo. Le restrizioni, poi, saranno inutili in quanto i pazienti hanno sempre possibilità di cambiare il medico che rifiuta la prestazione. Anzi riavvierebbero il percorso diagnostico terapeutico con altri sanitari con ulteriore spreco. Anche il Fascicolo Sanitario Elettronico sarebbe insufficiente, farraginoso e costoso da implementare oltre che inutile nel caso non preveda impopolari sanzioni per il paziente che pretenda di reiterare esami non vagliati dal proprio medico.

È un dato di fatto che gli anziani in difficoltà economica e che patiscono disagio sociale esorcizzano la loro ansia esistenziale facendo e rifacendo esami inutili e costosi. *Motu proprio* o indotti da sempre nuove e diverse visite specialistiche.

Lo stesso accade con i disoccupati e con tutti i soggetti che beneficiano di esenzione ticket per una qualche loro difficoltà. Ne hanno anche il tempo materiale. Difficilmente vediamo altri soggetti nei nostri studi.

Se lo Stato vuole evitare che il Ssn venga usato come un ansiolitico o come un supermercato deve decidere di porre un freno ad un accesso improprio ed indiscriminato non alla legittima attività dei medici. Basterebbe prevedere un sussidio sanitario per gli esenti ed abolire nel contempo ogni esenzione. Il sussidio potrebbe essere riscosso come specifica voce in aggiunta alla pensione ed erogato mensilmente a tutti gli esenti. In tal caso sarebbero i pazienti ad opporre resistenza ad ogni proposta di accertamento da parte dei medici che - capovolgendo la attuale logica - dovrebbero loro convincere i pazienti della necessità di eseguire l'esame prescritto. I medici ne recupererebbero in centralità e si realizzerebbe senza alcuna difficoltà (anzi con grande consenso) una enorme riduzione della spesa sanitaria.

## ► Un risparmio garantito

Statistiche alla mano posso garantire al ministro Lorenzin che ogni esente spreca risorse per 20-30.000 euro l'anno di sola diagnostica, ragion per cui fornire il suggerito sussidio economico per le spese sanitarie farebbe risparmiare una enormità di risorse economiche.

In più le liste di attesa, sfoltite da esami inutili, si accorcerebbero drammaticamente. Gli uffici esenzione della ASL potrebbero "chiudere" e liberare risorse umane per altre mansioni. Cosa dire, poi, delle risorse economiche recuperate dalla scomparsa delle esenzioni sulla farmaceutica? Tutti accoglierebbero con gioia una proposta politica di tal genere: i medici che col meccanismo proposto sono ingiustamente criminalizzati e rischiano sanzioni economiche o denunce, gli esenti che si vedrebbero entrare in tasca 3.600 euro/anno in più e farebbero di tutto per non sprecarli. Infine lo Stato che potrebbe riallocare parte delle risorse risparmiate per coprire aree sanitarie di notoria carenza.

# Personal computer, il terzo incomodo tra medico e paziente

L'informatizzazione del nostro lavoro non ha prodotto i benefici sperati perché il 90% del nostro tempo lo trascorriamo a scrivere sul Personal Computer

Amerigo Pelizzola - *Medicina Generale, Milano*

Il lavoro del Mmg, dagli anni in cui effettuava manualmente la redazione delle ricette, senza trascrivere Codice Fiscale, Note Cuf (oggi Aifa), numeri di esenzione ticket, da trascrivere, agli anni in cui lo strumento informatico è divenuto obbligatorio per la professione, è profondamente mutato. Se prima dedicavamo un 10% del nostro tempo professionale alla parte burocratica e il 90% veniva utilizzato per parlare con il paziente, guardarlo in faccia e visitarlo, oggi i rapporti si sono invertiti: il 90% del tempo il Mmg lo trascorre a scrivere sul Personal Computer, cercare istruzioni e programmi, stampare ricette, redigere certificati telematici senza staccare gli occhi dal monitor, il restante 10% viene dedicato al paziente.

A fare sicuramente da spartiacque è stata l'introduzione del certificato telematico di malattia, certo il risparmio per il cittadino (e forse per l'Inps) è stato notevole, ma tutto a carico del Mmg.

Il cittadino prima doveva recarsi in Posta a fare ben due raccomandate con ricevuta di ritorno, ora invece, con il certificato telematico, può comodamente inviare via Sms al proprio datore di lavoro un

numero di protocollo, fornitogli dal medico di famiglia. È il Mmg, che deve indicare nel certificato tutti i dati previsti compreso l'indirizzo esatto con CAP, operazioni che vanno a buon fine se la rete Internet ed i relativi programmi installati sul PC funzionano. Già perché tutto dipende da un collegamento telefonico, effettuato tramite un vecchio doppino (2 fili) telefonico di rame e da un Personal Computer perfetto su cui siano stati installati una serie di programmi ad hoc, il sistema operativo giusto ed il giusto *browser*, tutto collegato ad una rete Internet che deve essere sempre funzionante.

## ▶ Se il sistema si inceppa?

Ma se in questa complessa macchina qualcosa si inceppa? Si blocca tutto e non si può tornare indietro cioè alla trascrizione su carta. Occorre ricorrere ad un altro operatore che tramite telefono faccia su un altro PC quello che noi con il nostro non riusciamo a fare e se anche questo secondo operatore non riesce a stilare il tanto agognato certificato di malattia perché qualcosa blocca il riconoscimento del paziente sebbene dotato di

corretto codice fiscale e tessera sanitaria, allora si prova più tardi oppure il giorno dopo.

Quasi tutto ciò che è frutto del nostro "lavoro" deve viaggiare sulle reti informatiche: prescrizioni di farmaci, di esami strumentali e diagnostici, richieste di visita specialistica. E se ciò non bastasse, al Mmg telematico sono state affidate anche le certificazioni per l'invalidità civile, le prescrizioni di presidi per diabetici o pannoloni per incontinenti, deambulatori e carrozzine, certificazioni per attività sportive, patenti auto/motorini, porto d'armi ed altro, ma tutto rigorosamente telematico con stampa su carta.

Quel 10% del tempo che al medico di medicina generale rimaneva da dedicare al dialogo, alla visita ed all'osservazione del suo paziente si è ulteriormente contratto e forse ne resta ancora meno della metà, perché nel frattempo è intervenuto un altro paziente da curare, molto più complesso, più esigente, più difficile che richiede la cura di specialisti multidisciplinari spesso non raggiungibili perché molto più impegnati del Mmg, un paziente che ha regole sue proprie ed a cui noi non siamo stati preparati: il Personal Computer.

# Farmaci s-caduti ovvero: memorie di un prescrittore

Una breve e sintetica rassegna di un Mmg 'veterano' che riflette sul perpetuo rimescolarsi delle conoscenze e delle strategie farmacologiche di cura

Luigi Casadei - *Medicina Generale, Riccione (RN)*

**S**e avete la mia età, allora probabilmente avrete praticato endovene di ferro alle gestanti, forse avete fatto appena in tempo a somministrare pitofenone fenpiverinio bromuro metamizolo sodico intravena e potreste aver assistito all'irruzione sulla scena del captopril, quando ancora si usavano le ultime fiale di strofantina K + fruttosio per lo scompenso cardiaco in fase acuta. Alcuni farmaci sono pietre miliari sulla lunga strada della terapia. Altri invece, come meteore, si sono affacciati appena un momento, per scomparire presto senza lasciare tracce o rimpianti. Tra questi vorrei citare il valdecoxib di cui, nella stessa settimana, mi fu annunciato l'arrivo e il ritiro dal commercio. Analoga sorte, con un più lento declino, toccò all'apomorfina in capsule sublinguali. All'inizio del mio percorso fra le braccia della "mutua", si stava perpetrando una grande abbuffata: tutto era gratis per tutti! Impiegammo anni per accorgerci che quel sistema era insostenibile. Noi medici abbiamo avuto le nostre "cadute di stile", lo confesso. Anzi vuoto il sacco: me ne resi conto non senza turbamenti, quando alla naturale dipartita di una mia vecchiaia di quasi novant'anni, trovammo l'armadietto dei medicinali traboccante di confezioni intonse di un noto collutorio. Pareva scortese, persino

inammissibile far uscire la nonna dallo studio, senza la sua necessaria scorta di "collutorio" mutuabile.

Negli anni, i fisiologici processi di revisione scientifica e il contemporaneo ricambio delle generazioni farmacologiche, hanno comportato mutamenti più o meno repentini delle abitudini prescrittive e dei protocolli di cura. Penso per esempio alla calcitonina il cui mercato si è oggi ridotto drasticamente per l'arrivo dei difosfonati e la restrizione delle indicazioni rimborsabili. Penso a tutti i farmaci succeduti per combattere l'obesità (benfluorex, amfepramone, fenfluramina, ecc): un piccolo esercito di medicine cadute, lasciando dietro di sé una scia di effetti collaterali non sempre di poco conto. Mentre, sul fronte gastroenterologico, nel 2001 terminava il ciclo di cisapride, nel 2004 quello di rofecoxib. Un lungo discorso a parte meriterebbero la cerivastatina e i gangliosidi estratti da cervello bovino.

Altri farmaci, ancora in prontuario, per vari motivi li ho invece un po' trascurati. Non prescrivo più cimetidina, famotidina e nizatidina. Non trovo spazio per nabumetone, non so più dove collocare la metildopa, anche se alcuni anni fa l'ho prescritta per una ipertensione insorta in gravidanza.

Potrei concludere qui il mio reso-

conto, senza dubbio incompleto e carente. Ma non posso esimermi dal citare due nomi: Bonifacio e Di Bella che ricordano due "terapie anti cancro", sviluppate in epoche diverse ma accomunate dalla grande eco mediatica e dalle devastanti aspettative che suscitarono.

## ► Conclusioni

Mi scuso per aver rimescolato le carte, mettendo insieme farmaci "fisiologicamente" decaduti con medicinali che hanno dovuto battere in ritirata perché il profilo rischio/beneficio pendeva dalla parte sbagliata. Ma per quanto possa sembrare banale, bisogna innanzi tutto sottolineare che la buona terapia discende da una diagnosi corretta. È chiaro comunque che l'industria gioca il suo ruolo. La letteratura medica è spesso asimmetrica a sua volta: è più facile pubblicare risultati che offrono riscontri favorevoli mentre, al contrario, sono poco appetibili, quelli che mettono in luce criticità e problemi inerenti un dato metodo o una cura. Nel frattempo il medico tende ad offrire il suo aiuto nell'aspirazione manifestamente fallace, ma anche questa comprensibile, che forse a tutto corrisponde un rimedio. I pazienti stessi confidano che "qualche cosa" possa pur sempre essere fatto.

# Centrali a biomasse e ricadute sulla salute

Il gruppo di Mmg aretino ha condotto, con il sostegno di ISDE, una valutazione dell'impatto ambientale e delle ricadute sulla salute delle centrali a biomasse in Val di Chiana: è possibile ipotizzare, per le popolazioni esposte, un aumento negli anni, di gravi patologie

**Marilena Bietolini, Arturo Brocchi, Marco Conti, Fabrizio Luciola, Alfredo Mariangeloni, Paolo Ricciarini**

*Medicina Generale, Azienda USL 8, Arezzo*

Il complesso problema dell'utilizzo delle biomasse per produrre energia è stato analizzato ricercando dati in letteratura e nel contesto della Val di Chiana di Arezzo, un ambiente a vocazione agricola, costellato da Paesi storici ricchi di tradizioni.

La costruzione di alcune centrali a biomasse a Cortona e la progettazione di altri insediamenti industriali a Foiano (oggi bloccata a seguito di un ricorso al Tar da parte dell'Associazione Valdichiana Pulita) e a Castiglion Fiorentino (un impianto industriale enorme rispetto al territorio) ha ribadito il ruolo del Mmg quale gestore della salute del cittadino nel territorio in tutte le sue componenti, non solo di diagnosi e cura, ma anche di prevenzione ed educazione sanitaria.

È emerso infatti che la produzione di energia elettrica mediante combustione di biomasse produce in realtà un gran numero di inquinanti che, anche se trattati al meglio della tecnologia esistente, vengono riversati in atmosfera, molti hanno la peculiarità del "bioaccumulo", cioè anche se prodotti in piccole quantità tendono ad accumularsi negli anni nell'ambiente, nel terreno, nella filiera alimentare, negli esseri viventi e nell'uomo. Queste sostanze chimiche rappresentano un pericolo per la salute degli abitanti della Val di Chiana.

## ► Principio di responsabilità

In particolare l'utilizzo di oli vegetali come combustibili non diminuisce le polveri sottili disperse nell'ambiente, anzi aumenta soprattutto quelle a granulometria più bassa, cioè le polveri sotto PM 2,5, quelle più pericolose che hanno un impatto non tanto in concentrazione per massa, quanto in numero di particelle (il numero delle particelle a parità di peso per m<sup>3</sup> cresce al diminuire delle dimensioni).

Ci sembra doveroso affermare che l'immissione di inquinanti nel delicato ambiente della Val di Chiana da parte di queste Centrali a Biomasse, non è trascurabile e pur nel pieno rispetto delle norme vigenti, peggiora l'attuale qualità dell'aria e del suolo dei territori che dovrebbero ospitarla. Il meccanismo del bioaccumulo causerà la contaminazione negli anni dei prodotti agricoli del territorio, degli animali, dei loro prodotti e infine dell'uomo, da parte di composti chimici persistenti come diossine, furani, idrocarburi policiclici e probabilmente metalli pesanti.

Siamo pienamente concordi con quanto affermato dal Federico Valerio (Istituto Nazionale Ricerca sul Cancro, Genova) che per l'approvazione della costruzione di una centrale a biomasse, ci sembra insufficiente far riferimento all'utilizzo delle mi-

gliori tecnologie disponibili, questo da solo non garantisce la salute dei cittadini esposti agli inquinanti prodotti. Ci sembra necessario adottare il Principio di Precauzione emanato nella Dichiarazione di RIO del 1992, art. 15, ratificato dalla UE, che afferma: "Quando una attività crea possibilità di fare male alla salute o all'ambiente, misure precauzionali dovrebbero essere prese, anche se alcune relazioni di causa-effetto non sono stabilite con certezza dalla scienza".

## ► Commento

È possibile ipotizzare, per le popolazioni esposte, un aumento negli anni, di malattie acute cardiache e respiratorie, di malattie croniche degenerative, allergiche, endocrine e tumorali. I più esposti sarebbero soprattutto i bambini e i nascituri. I Mmg, impegnati in prima linea nella prevenzione primaria delle malattie, raccomandano cautela nella programmazione di queste metodologie su larga scala per la produzione di energia elettrica.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il documento integrale

# Il corpo sostituito, l'inizio di un'era post-medico?

È ormai quotidiano in pratica clinica confrontarsi con persone che hanno parti del corpo non "naturali": questo rapido cambiamento necessita di un'analisi attenta. Le considerazioni che seguono possono essere spunto di riflessione e di discussione interdisciplinare e transdisciplinare, sino a diventare originali campi di ricerca anche per le cure primarie

**Giuseppe Maso**

*Prof. di Medicina di Famiglia, Università di Udine - SIICP (Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie)*

**È** ormai quotidiano per qualsiasi operatore sanitario avere a che fare con soggetti che hanno parti del corpo non "naturali".

Non solo con l'aumento dell'età aumenta l'usura di "organi" ed "apparecchi" che si possono prestare ad essere rimpiazzati ma la disponibilità di "dispositivi (devices)", offerti da una tecnologia in fortissima evoluzione, permette il ricambio di parti del corpo umano in pazienti non anziani che soffrono di malattie degenerative, che hanno subito traumi o che presentano problemi estetici.

Siamo di fronte a un rapido cambiamento antropologico: persone e cose non solo interagiscono ma si integrano e ci prospettano, in un futuro molto prossimo, la nascita di un nuovo soggetto vivente di una nuova "entità".

Cose che diventano corpo e assumono così una nuova identità: cose che non rientrano più nella categoria di cosa né in quella di persona, come per il corpo la loro specificità è rimossa. La persona non è mai coincisa con il corpo: nella dottrina giuridica romana essa indica il "ruolo sociale", in quella cristiana rappresenta un nucleo spirituale irriducibile alla dimensione corporea (anima e corpo) e nella filosofia

moderna indica la sostanza pensante contrapposta a quella estesa.

Il corpo, però, né cosa né persona, una volta sostituito, può assumere una nuova dimensione e i paradigmi di riferimento considerati fino ad oggi possono saltare.

## Considerazioni

La sostituzione di un organo o di una sua funzione ci obbliga, in ogni caso e inevitabilmente, a fare alcune considerazioni.

### ► Organi-merci

La prima considerazione che possiamo fare è che sia gli organi "sostituiti", artificiali o biologici, sia i dispositivi impiantabili che abbiamo a disposizione - siano essi protesi dell'anca, cuori artificiali o valvole cardiache biologiche - sono nel mondo moderno non delle cose ma merci, prodotti di consumo che poi diventano materiali di scarto. Dispositivi significa disponibili, ricambiabili. E se sono merci ci sono problemi di costi, di accessibilità e di organizzazione dei sistemi di erogazione delle cure. Se sono merci esse

possono non essere disponibili in maniera equa in tutto il mondo, esse possono essere contingentate, possono essere definite delle popolazioni cui possono essere distribuite (classi di età, classi sociali, cittadinanza ecc.) e possono essere messe delle barriere che ne limitino l'utilizzo. I dispositivi spesso sono prodotti industriali e di conseguenza, come avviene per i farmaci, vi è un'ovvia influenza dell'industria sulla possibilità del loro utilizzo e sui sistemi sanitari. Se sono merci possono anche essere fonti di lucro per associazioni criminali.

Nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea si vieta esplicitamente "di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro", ma le protesi artificiali sono parti del corpo? Gli organi di un corpo morto sono ancora parti di corpo o sono cose? È ovvio che gli interessi in gioco di carattere etico, giuridico e religioso possono essere contrastanti e possono essere causa di conflitto politico.

### ► Biotecnologia e umanesimo

La seconda considerazione riguarda proprio la dimensione politica o meglio, utilizzando un termine coniato

da Michel Foucault, la biopolitica. La vita biologica, soprattutto nelle nazioni con un sistema sanitario statale, è sempre di più soggetto e oggetto di potere; per i sistemi sanitari l'individuo tende a coincidere con la sua dimensione corporea e mentre la medicina si politicizza la politica si modella sul sapere medico.

L'antropotecnica, la capacità di modificare noi stessi, è un affare politico perché i modi, i tempi, i limiti di tale capacità riguardano decisioni politiche e le decisioni politiche sono rivolte alla comunità e non al singolo individuo. Ci sarà bisogno di una politica molto umana (un nuovo umanesimo) perché la biotecnologia lavora rischiosamente con lo strumento essenziale del nostro rapporto con il mondo: il nostro corpo.

### ► I nanobots

La terza considerazione riguarda i dispositivi che implementano le capacità intellettive. Già oggi i computer sono diventati dei robot in grado di espandere artificialmente la nostra intelligenza e amplificare enormemente la nostra scorta di informazioni, ma quando la nostra intelligenza e la nostra memoria saranno implementate attraverso l'utilizzo di nanobots (robot con componenti di dimensioni di nanometri,  $10^{-9}$  metri) saremo veramente di fronte a nuove persone.

Nel 2030 avremo già un ibrido fra pensiero biologico e non biologico, nanobots agiranno sul DNA locale e si avrà una connessione a internet, alla fine degli anni Trenta del terzo secolo l'intelligenza artificiale avrà superato la nostra. Avremo probabilmente guarito i pazienti dementi e avremo ridato la memoria a chi l'aveva persa, ma saranno saltati tutti i parametri attuali.

Già Spinoza aveva superato la dicotomia cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa* riportandole in un'unica so-

stanza - per il suo pensiero non è concepibile una mente senza corpo e il corpo costituisce l'oggetto esclusivo della mente, essi sono una unità indissolubile - ma con l'intelligenza artificiale siamo addirittura in presenza di una nuova metafisica. Secondo Hawking questo potrebbe portare alla fine della razza umana. In ogni caso chi controllerà i nanobots e le informazioni controllerà i comportamenti umani fino a fare di ognuno il terminale di un grande server universale. Ecco perché bisogna riscrivere le leggi della robotica di Asimov.

### ► Il medico e le parti sostituite

La quarta considerazione è il rapporto del medico con un corpo che ha delle sue parti sostituite. Che segnali invia al medico questo corpo? Quanto conta il vissuto del medico in questo rapporto? Hanno lo stesso peso in questo rapporto una protesi dell'anca, una valvola cardiaca, una protesi peniena, un cuore trapiantato o un neurostimolatore cerebrale? L'approccio semiologico classico non è più sufficiente per una pratica clinica quotidiana, il ricorso alla tecnologia (imaging, test di funzionalità dei devices, macchine che controllano macchine) e alla specialistica è quasi obbligatorio. È già iniziata la *post-physician* era!

### ► Il paziente e le parti sostituite

La quinta considerazione riguarda il rapporto tra il paziente e la sua protesi. Come vive una persona con un organo sostituito? Come vive una persona con un organo appartenuto ad un'altra persona o a un'animale di un'altra specie? Delirio, psicosi, ansia, depressione, disadattamento sociale, difficoltà sessuali, alterazioni della personalità sono tutti fenomeni descritti in chi ha subito un trapianto o

chi non si riconosce nel nuovo corpo. In questi casi il concetto di estraneo viene associato a quello di ostile, una minaccia dall'interno. C'è chi invece è soddisfatto della sua nuova immagine soprattutto quando le protesi hanno per il paziente un valore estetico.

Le sostituzioni "estetiche" vanno naturalmente oltre il bisogno di cura e spesso sono il segno della crisi che stiamo vivendo, che non è soltanto economica ma riferibile alla debolezza dello statuto antropologico. Canoni estetici che vengono percepiti come canoni di successo, di realizzazione sociale, di efficienza economica. Canoni estetici che dovrebbero favorire la socializzazione, ma mai come in questo periodo la depressione si è trovata al primo posto fra le cause di umana sofferenza.

### ► Un nuovo campo di ricerca

Per le cure primarie queste considerazioni dovrebbero essere spunto di riflessione e di discussione interdisciplinare e transdisciplinare; la continuità assistenziale, il rapporto con le famiglie, l'approccio bio-psico-sociale sono infatti strumenti che potrebbero trasformare questi campi di riflessione in campi di ricerca assolutamente originali.

### Bibliografia

- Barcellona P. L'anima smarrita. Rosenberg & Sellier, Torino 2015.
- Esposito R. Le persone e le cose. Giulio Einaudi Editore, Torino 2014.
- Dean J. Brains of the future will be hybrid of man and machine. The Times, June 5, 2015.
- Maso G. Un codice per la robotica in medicina di famiglia. *M.D. Medicinae Doctor* 1996; 25: 13-14.
- Maso G. Bisconcin. Robotics in family medicine: a proposal for a "chart". WONCA - Dublin, June 14-18, 1998.
- Maxmen JS. The post-physician era: medicine in the Twenty-First Century. John Wiley & Sons, New York, 1976.
- Zagrebelsky G. Fondata sulla cultura. Giulio Einaudi Editore, Torino 2014.

Questo articolo è stato scritto anche per *IJPC - Italian Journal of Primary Care*

# AGGIORNAMENTI



## ■ **CARDIONCOLOGIA**

*Cardiotossicità e terapie antitumorali: un decalogo*

## ■ **EPATOLOGIA**

*Non più cirrosi, ma colangite biliare primitiva*

## ■ **INFETTIVOLOGIA**

*Strategie per ridurre la mortalità per sepsi*

## ■ **IPERTENSIONE ARTERIOSA**

*Appropriatezza delle cure nel nuovo algoritmo AIFA*

## ■ **MALATTIE RARE**

*Glicogenosi di tipo II, la sfida è nel riconoscimento precoce*

## ■ **MALATTIE RESPIRATORIE**

*Aderenza terapeutica e dispositivi inalatori per asma e BPCO*

## ■ **PREVENZIONE**

*Funzione renale ridotta, la new entry su cui “fare” attenzione*

## ■ CARDIONCOLOGIA

### Cardiotossicità e terapie antitumorali: un decalogo

È sempre più crescente l'attenzione nei confronti della possibile cardiotossicità provocata dalle terapie antitumorali (farmaci e radioterapia), che se da un lato sono divenute sempre più efficaci, consentendo un sensibile miglioramento della prognosi a lungo termine ed una maggiore sopravvivenza, dall'altro sono risultate essere sempre più aggressive e spesso foriere di danno cardiaco. La cardiotossicità da chemioterapici e da radioterapia può essere intesa come l'insieme degli eventi cardiaci avversi (dysfunzione ventricolare sinistra, scompenso cardiaco, aritmie, coronaropatie, ipertensione arteriosa, ecc.) provocati dai trattamenti, sia in forma acuta, sia in forma cronica precoce e tardiva. Inoltre con l'invecchiamento della popolazione è possibile che nei pazienti oncologici le due patologie coesistano.

La necessità di prevenire e monitorare nel paziente oncologico trattato la cardiotossicità in maniera appropriata è un percorso che ha portato allo sviluppo della cosiddetta "Cardioncologia", che prevede la stretta collaborazione tra cardiologi e oncologi.

La gestione di questi pazienti presenta infatti significative implica-

zioni in ambito cardiologico per diversi motivi:

1. la prevenzione delle malattie CV e dei tumori spesso si sovrappone perché i fattori di rischio da controllare spesso sono gli stessi;
2. la presenza di una neoplasia attiva una condizione protrombotica che aumenta il rischio di eventi CV;
3. alcuni farmaci antineoplastici tradizionali o di recente introduzione presentano un significativo potenziale cardiotossico che necessita una selezione dei pazienti e un monitoraggio adeguato (*Bordoni B et al. Monaldi Arch Chest Dis 2014; 82: 68-74*).

#### ▶ La prevenzione

Nel corso del recente *International Workshop on Cardioncology* (Napoli, 2-3 ottobre) gli esperti hanno presentato una sorta di "decalogo" per i pazienti volto alla prevenzione. Per gli studiosi modificare lo stile di vita aumenta la probabilità che le cure siano più efficaci e non incidano pesantemente sulla qualità di vita e lo stato di salute complessivo. Per alcuni tumori, inoltre, fare più esercizio fisico può prevenire le ricadute, mentre cambiare alimentazione migliora l'efficacia dei farmaci e può ridurre gli eventi avversi.

#### Decalogo cardioncologico per i pazienti

1. Controlla il tuo peso, evita che incrementi sotto l'effetto delle terapie o riducendolo in caso di sovrappeso/obesità: rimanere del proprio peso forma è fondamentale per abbassare il rischio di malattie cardiovascolari e ridurre quello di recidiva.
2. Adotta uno stile di vita attivo abituandoti a usare il tuo corpo ogni volta che è possibile, spostandosi ad esempio a piedi o in bicicletta ed evitando, quando possibile, ascensori e scale mobili.
3. Pratica attività fisica/sportiva con regolarità 2-3 volte a settimana: è una "cura" che contrasta gli effetti collaterali delle terapie e riduce sia il rischio cardiovascolare sia il rischio di recidiva del tumore.
4. Riduci o abolisci il fumo di sigarette.
5. Riduci o abolisci il consumo di alcol.
6. Controlla colesterolo e trigliceridi, i valori possono alterarsi in corso di terapie oncologiche; per ridurli si a dieta, attività fisica ed eventuali farmaci ipolipemizzanti.
7. Controlla la pressione sanguigna e, in caso di ipertensione, adotta una terapia farmacologica adeguata sotto controllo medico.
8. Scegli una dieta equilibrata, ricca in vegetali, limitando o abolendo la carne rossa e gli zuccheri e i dolci, ma senza nessun'altra restrizione particolare. Diete estreme, come la dieta vegana, sono più difficili da mantenere equilibrate e non esiste nessuna chiara dimostrazione di eventuali vantaggi.
9. Valuta con il tuo medico l'opportunità di assumere calcio e vitamina D per contrastare la tendenza all'osteoporosi indotta dalle terapie praticate.
10. Parlane con il tuo Mmg e rivolgiti ad un cardioncologo per un approccio ottimale al controllo integrato dei rischi oncologici e cardiaci.

## ■ EPATOLOGIA

### Non più cirrosi, ma colangite biliare primitiva

**C**olangite biliare primitiva (CBP): è la nuova nomenclatura internazionale di questa malattia autoimmune del fegato che fino a poco tempo fa era denominata, impropriamente, "cirrosi biliare primitiva". Il cambio di rotta si basa sulle evidenze emerse dal congresso monotematico dell'EASL (Milano 2014), organizzata da **Pietro Invernizzi**, Responsabile del Centro per le Malattie Autoimmuni del Fegato dell'Istituto Clinico Humanitas di Milano.

Dunque un'eccezione italiana ha portato i maggiori esperti e le associazioni epatologiche mondiali ad adottare la nuova denominazione, tanto che recentemente sono stati pubblicati *position papers* sulle principali riviste di settore e su queste basi anche il prossimo ICD11 verrà modificato.

Anche se nota da decenni, questa entità clinica fu chiamata così perché spesso la diagnosi veniva posta tardivamente, quando i pazienti erano già in fase avanzata e in stadio cirrotico. La definizione è diventata poi nel tempo obsoleta: le attuali tecniche diagnostiche permettono di rilevare la presenza di malattia più precocemente e la presenza di cirrosi epatica si ha solo in un sottogruppo di pazienti. La nomenclatura è stata modificata anche per andare incontro alle esigenze dei pazienti: il

termine "cirrosi" viene spesso percepito come uno stigma, soprattutto per il sospetto di abuso alcolico, creando problemi relazionali per i malati. Inoltre in alcuni Paesi la presenza della parola "cirrosi" ha risvolti negativi da un punto di vista medico-legale ed assicurativo. Ma le novità non risiedono solo nella sua denominazione. Una panoramica sull'avanzamento della ricerca viene illustrata a *M.D.* dal Dott. Invernizzi.

#### ► Avanzamenti clinici e terapeutici

Malattia ad eziologia sconosciuta a patogenesi autoimmune, la CBP è dovuta a una autoaggressione delle difese immunitarie dirette contro i colangiociti. Colpisce soprattutto il sesso femminile (90% dei casi) e provoca un'inflammatione cronica delle vie biliari intraepatiche, causando un ristagno della bile con conseguente infiammazione delle cellule epatiche, che può portare alla comparsa nel tempo di fibrosi e cirrosi. I fattori di rischio identificati sono familiarità, infezioni delle vie urinarie e fumo. Sono coinvolti fattori genetici correlati in parte ai cromosomi sessuali: l'Italia ha contribuito a queste conoscenze pubblicando ricerche basate sullo studio di tutto il genoma umano, dimostrando anche un ruolo dei cromosomi sessuali, in particolare

del cromosoma X nello sviluppo di malattia, elemento che potrebbe spiegare perché questa, come altre patologie autoimmuni, colpisce particolarmente le donne. La diagnosi è relativamente semplice e si basa sulla presenza di almeno due elementi su tre:

- evidenza di colestasi con alterazione degli indicatori biochimici epatici (fosfatasi alcalina, ecc);
- positività agli anticorpi anti-mitocondrio (AMA), patognomonica per la diagnosi in quasi la totalità dei casi e/o positività ad altri anticorpi (ANA: anti-Sp100 e gli anti-Gp210), utili in assenza degli AMA e che possiedono anche un ruolo prognostico.

- biopsia epatica, diagnostica di malattia.

► Ad oggi il trattamento si basa su un farmaco di uso consolidato, l'acido ursodesossicolico (UDCA) in grado di rallentare o controllare la malattia, ma una percentuale di pazienti (30-40%) non risponde in modo adeguato alla terapia. A seguito dei risultati ottenuti dagli studi è imminente la registrazione internazionale e nazionale dell'acido obeticolico (OCA) un potente agonista del recettore nucleare X farnesoide (FXR), che svolge un ruolo nel regolare i livelli degli acidi biliari. Sia quando aggiunto all'UDCA che in monoterapia il farmaco ha dimostrato di essere in grado di ottenere un rapido miglioramento dei livelli di ALP e bilirubina.



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

## ■ INFETTIVOLOGIA

### Strategie per ridurre la mortalità per sepsi

La sepsi è oggi considerata una vera e propria emergenza medica ed è stato ormai ampiamente dimostrato che un suo riconoscimento precoce, associato ad una gestione diagnostico-terapeutica adeguata nel tempo e nei metodi, permette una significativa riduzione della mortalità.

La panoramica su questa insidiosa infezione è stata illustrata a *M.D.* dal Prof. **Massimo Girardis**, AOU di Modena e coordinatore del Gruppo di studio infezione e sepsi della Siaarti (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva). "La sepsi colpisce circa 26 milioni di persone nel mondo, con una incidenza di 400 casi in Europa ogni 100.000 abitanti e può presentarsi in tutti i soggetti indipendentemente da età, sesso, condizioni cliniche. Certo la probabilità di svilupparla è più elevata negli anziani o in quelli che presentano comorbidità (diabete, patologie croniche reumatologiche, ecc) o che hanno assunto antibiotici per lungo tempo e terapie immunosoppressive. Inoltre il rischio di presentare un quadro di sepsi, soprattutto nella sua forma grave, lo shock settico, è raddoppiato nei pazienti ricoverati in ambiente ospedaliero".

Oltre l'80% delle infezioni che determinano la sepsi è di tipo batterico e i

segni classici iniziali sono quelli di una risposta infiammatoria a una infezione (tachicardia, tachipnea, leggero obnubilamento del sensorio, riduzione della diuresi). La diagnosi diventa quella di sepsi grave se il paziente presenta una disfunzione acuta d'organo e alterazioni dell'emostasi con segni di disfunzione d'organo in  $\geq 1$  dei sistemi cardiovascolare, renale, respiratorio, epatico, emostasi, SNC o acidosi metabolica inspiegabile. Il terzo quadro, il passaggio dalla sepsi severa allo shock settico, è caratterizzato dalla compromissione severa del quadro cardio-circolatorio.

"È importante da parte dei medici del territorio o che lavorano nei dipartimenti di cura non intensivi, riconoscere immediatamente una sepsi severa, che richiede terapie tempestive, entro le sei ore dalla diagnosi. Intervenire rapidamente e 'spezzare' il passaggio da sepsi severa a shock settico significa ridurre la mortalità" - spiega Massimo Girardis.

"Nell'ultimo decennio tutti gli interventi organizzativi ma anche emersi dal mondo della ricerca sono stati orientati al riconoscimento precoce e alla terapia tempestiva della sepsi grave, con una serie di interventi che si sono dimostrati efficaci nel diminuire morbidità e mortalità, soprattutto

nei pazienti più giovani. Tuttavia la mortalità è ancora molto elevata perché ci troviamo di fronte a una popolazione complessa con età media sempre più avanzata, in cui sono presenti importanti comorbidità. Inoltre i grandi interventi chirurgici sono ormai praticati anche nei grandi anziani".

A questo si aggiunge oggi un'altra sfida, che Girardis definisce quella dei "pazienti complessi con germi complessi". "Nei nostri ospedali e sul territorio ci dobbiamo confrontare con lo sviluppo delle popolazioni batteriche resistenti agli antibiotici contro le quali abbiamo per ora poche armi, ma la ricerca è impegnata a individuare trattamenti di sostegno".

#### ► Ricerca farmacologica

Una possibile strategia, in attesa di trattamenti innovativi, attuabile per arginare tale gap sembra risiedere nell'integrazione degli antibiotici con farmaci in grado di potenziarne l'efficacia. A oggi, sul fronte del trattamento delle infezioni, ci si basa sulla somministrazione combinata di antibiotici e sul rinforzo della loro azione tramite terapie immunologiche. In particolare l'utilizzo di soluzioni IgM potrebbe favorire un potenziamento dell'efficacia degli antibiotici e un rafforzamento delle difese immunitarie.



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

## ■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

### Appropriatezza delle cure nel nuovo algoritmo AIFA

È stata un'esperienza stimolante e molto positiva integrare il sapere tecnico-scientifico di un'agenzia regolatoria come l'AIFA con le conoscenze clinico-pratiche di una società scientifica come la SIIA per tradurre in uno schema concreto l'esperienza che deriva in primo luogo dalle evidenze della pratica clinica. È il commento di **Claudio Borghi** - Presidente SIIA (Società Italiana Ipertensione Arteriosa) e Direttore UO di Medicina Interna del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna - sull'algoritmo terapeutico per l'ipertensione arteriosa presentato all'Agenzia e realizzato appunto con la consulenza "tecnica" della SIIA.

"L'algoritmo è finalizzato a definire in maniera semplice il percorso per raggiungere il 'goal terapeutico' antiipertensivo più appropriato - continua Borghi. Fondamentalmente è un sistema *multiple choice* all'interno del quale è possibile spostarsi sulla base di semplici risposte, ottenendo in *primis* informazioni sull'ipertensione e in seguito su quale è la classe di farmaci più appropriata in base alla tipologia di pazienti. Certo non è un manuale sull'ipertensione né tantomeno una nuova linea guida. È uno schema grafico che può essere utile su un tema tanto dibattuto oggi,

quale è l'appropriatezza delle cure". In sintesi per il presidente SIIA la definizione di un algoritmo terapeutico rappresenta il supporto ad una strategia di appropriatezza delle scelte ed è uno degli strumenti potenzialmente efficaci per accrescere, in maniera uniforme, le percentuali di successo nel trattamento del paziente iperteso. "Secondo il dettato di AIFA l'algoritmo, accessibile anche ai cittadini, potrà essere di supporto al paziente per modificare il suo atteggiamento nei riguardi della patologia e correggere quelle distorsioni che possono essere d'ostacolo alla definizione della corretta strategia di cura. Non dimentichiamo che, tra le motivazioni che rendono difficile il controllo della pressione arteriosa nella popolazione ipertesa, vi sono anche ragioni di carattere soggettivo".

#### ► Consapevolezza dei pazienti

Illustrando l'algoritmo, Luca Pani - Direttore Generale AIFA - ha spiegato che questo strumento è suscettibile di ulteriore perfezionamento, qualora emergessero nuove evidenze scientifiche. Uno schema che traduce il percorso logico che un grande clinico compie quando si trova di fronte a un paziente iperte-

so, prima di definire la terapia più appropriata al caso specifico.

L'algoritmo consente di individuare strategie per popolazioni di pazienti e non è una guida alla scelta della terapia specifica, tuttavia, per Pani, è uno strumento prezioso non solo per il medico ma anche per il paziente, che troverà informazioni certificate e utili per acquisire maggiore consapevolezza sulla sua condizione e potrà avere un ruolo più attivo nella gestione della patologia. Ciò che si evince che l'adozione di comportamenti corretti rappresenta nella maggior parte dei casi la prima soluzione che il clinico tenderà a suggerire al paziente.

#### Scarso controllo della PA negli ipertesi: motivazioni

- Forme "resistenti" di ipertensione arteriosa
- Attivazione meccanismi di contro-regolazione (es. NaCl)
- Impiego "inappropriato" di farmaci
- Impiego di dosi "inadeguate" di farmaci
- Scarsa persistenza ed aderenza al trattamento
- Scarso ricorso a combinazioni di farmaci antiipertensivi

fonte: Borghi C, 2015



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

## ■ MALATTIE RARE

### Glicogenosi di tipo II, la sfida è nel riconoscimento precoce

**I**n Italia sono circa 300 le persone colpite dalla glicogenosi di tipo II o malattia di Pompe, malattia neuromuscolare multisistemica, progressiva, ad ereditarietà autosomica recessiva, determinata da un deficit dell'enzima alfa-glucosidasi acida, responsabile della degradazione del glicogeno in glucosio all'interno dei lisosomi.

Il mancato smaltimento del glicogeno conduce a un suo accumulo e ad un danno delle fibre muscolari: l'interessamento del muscolo scheletrico porta a debolezza muscolare e, in particolare, il coinvolgimento dei muscoli respiratori causa nei pazienti una riduzione dei flussi e del volume polmonare, fino all'insufficienza respiratoria.

Tuttavia, è una delle poche patologie muscolari su base genetica per la quale esiste una terapia efficace: la terapia enzimatica sostitutiva (ERT), che risulta tanto più valida quanto prima iniziata.

Disponibile dal 2006, la ERT viene prodotta con l'utilizzo delle biotecnologie e somministrata per via endovenosa ha dimostrato di essere efficace sia nel bambino che nell'adulto. Accrescere la conoscenza dei segni e sintomi che contraddistinguono questa malattia rara è quindi la sfida

principale per il clinico che deve effettuare la diagnosi. Sui diversi aspetti della malattia gli esperti si sono confrontati nel corso dell'incontro "Glicogenosi II: dalla diagnosi alla terapia" (Brescia, 23-24/9/2015) promosso dal Centro malattie neuromuscolari dell'AO "Spedali Civili" di Brescia, sotto la direzione del Dott. **Massimiliano Filosto**.

"La terapia enzimatica sostitutiva ha cambiato radicalmente la storia naturale della patologia, dando alle persone che ne sono colpite la speranza di un futuro - afferma a *M.D.* il Dott. Filosto, che ribadisce: "Una diagnosi precoce può salvare la vita di chi ne è affetto ed è per questo che la comunità scientifica ha il dovere di aggiornarsi e confrontarsi continuamente sull'argomento. Nel corso dell'incontro abbiamo valutato gli aspetti clinici obiettivi emergenti, tra cui la valutazione dei piccoli pazienti che sopravvivono grazie alla ERT, quelli che se non trattati erano destinati a morte precoce soprattutto per problematiche cardiache. Non ultimo abbiamo discusso anche delle terapie adiuvanti utili per migliorare il quadro clinico in associazione alla ERT o come gestire le possibili emergenze nei piccoli pazienti e non solo quelle correlate alla malattia".

#### ► Caratteristiche di malattia

La progressione della malattia si caratterizza in maniera diversa in base all'età di esordio e viene suddivisa in:

- *forma ad esordio infantile* (nei primi 6 mesi di vita), caratterizzata da un coinvolgimento muscolare scheletrico e un predominante interessamento cardiaco. In assenza di terapia l'exitus avviene nell'arco di due anni;
- *forma late-onset*, il cui esordio varia dall'età giovanile alla sesta-settima decade di vita ed è caratterizzata da un'ampia variabilità di espressione clinica (dall'iperCKemia asintomatica a una grave miopatia prossimale con associato coinvolgimento della muscolatura assiale e respiratoria, specie del diaframma). In particolare, il coinvolgimento della muscolatura respiratoria può essere predominante e, a volte, essere il quadro di esordio.

La estesa variabilità clinica della forma late-onset rende difficoltosa la diagnosi precoce. La glicogenosi II forma late-onset va, pertanto, tenuta in considerazione ogni qualvolta si è in presenza sia di una iperCKemia asintomatica che di un quadro miopatico prossimale a decorso progressivo, specie quando si associa un deficit della muscolatura respiratoria.



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

## ■ MALATTIE RESPIRATORIE

### Aderenza terapeutica e dispositivi inalatori per asma e BPCO

**L**a mancata aderenza alle cure nelle malattie croniche è un noto fattore di compromissione dell'efficacia dei trattamenti. Le evidenze internazionali segnalano che nelle malattie respiratorie - asma e BPCO - il 50% dei pazienti non è aderente alle terapie. I più recenti dati italiani (OSMED, 2014) sono ancora più drammatici: solo il 27.9% dei soggetti con BPCO assume la terapia in maniera continuativa, percentuale che diventa persino più critica per l'asma (11.2%). Tra le cause della scarsa aderenza dei pazienti asmatici e broncopneuropatici ai trattamenti emerge anche che il non corretto utilizzo dei sistemi per la somministrazione dei farmaci inalatori.

“Dobbiamo combattere questa problematica cercando tutti gli strumenti utili: è stato dimostrato che anche rispetto ad altre malattie croniche l'aderenza alle cure nelle malattie ostruttive respiratorie permette il miglior risultato terapeutico” - commenta il Prof. **Walter Canonica**, Clinica di Allergologia e Malattie dell'apparato respiratorio dell'Università di Genova. “La somministrazione della terapia può avvenire attraverso i dispositivi inalatori, perciò dovremmo fare riferimento a device che siano semplici da utilizzare, ma che nel contempo garantiscano le

migliori performance. Oggi gli investimenti devono supportare l'innovazione tecnologica volta alla formulazione di nuovi dispositivi che permettano di rispondere alle esigenze di medici e pazienti” - conclude Canonica.

“A tutt'oggi esistono numerosi sistemi inalatori, i cosiddetti erogatori, ognuno con le proprie peculiarità” - spiega il Dott. **Federico Lavorini**, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, AOU Careggi di Firenze. “Di recente si sono resi disponibili nuovi erogatori per somministrazione di farmaci in associazione che richiedono meno ‘passaggi’ per la corretta inalazione e sono più intuitivi per i pazienti e dunque possiedono una migliore maneggevolezza”.

#### ▶ Ruolo della primary care

Ma qual è il contributo della MG al miglioramento dell'aderenza terapeutica? Sul tema interviene il Responsabile Nazionale Area SIMG Pneumologica **Germano Bettoncelli**. “Le ricadute della mancata aderenza per asma e BPCO sono allarmanti. Questo a fronte dell'attuale disponibilità di efficaci terapie inalatorie, che consentono di abbattere in maniera considerevole la quantità di farmaco con una riduzione degli eventuali effetti avversi. I dispositivi per inalazione

sono strumenti sempre più raffinati, che richiedono un apprendimento da parte del paziente e un monitoraggio nel corso del tempo da parte del medico curante. In questo contesto e attraverso la “medicina d'iniziativa”, l'alleanza speciale tra Mmg - affiancato dal personale di studio - e il suo paziente è una strategia che può ‘fidelizzare’ il malato alla terapia cronica. Ovviamente in questo percorso sono coinvolti anche gli specialisti e non ultimi i farmacisti”.

#### ▶ Innovazioni tecnologiche

Tre semplici azioni: aprire, respirare, chiudere. Sono le caratteristiche di un innovativo dispositivo per inalazione, in grado di ridurre considerevolmente il rischio di errori nell'assunzione e di garantire la somministrazione di una dose costante di farmaco fino all'ultima erogazione. L'inalatore multidose di polvere secca contenente budesonide e formoterolo fumarato diidrato è infatti azionato dalla respirazione e dal flusso inspiratorio, cioè i principi attivi vengono erogati nelle vie respiratorie quando il paziente inala attraverso il boccaglio. È stato dimostrato che i pazienti moderatamente e gravemente asmatici sono in grado di generare un flusso inspiratorio sufficiente affinché il device eroghi la dose terapeutica.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Walter Canonica, e Federico Lavorini

## ■ PREVENZIONE

### Funzione renale ridotta, la new entry su cui “fare” attenzione

**I**pertensione arteriosa, elevato indice di massa corporea (IMC), fumo di tabacco, iperglicemia, disfunzioni renali (basso tasso di filtrazione glomerulare), ipercolesterolemia, dieta troppo ricca di sodio, alcol, sedentarietà, osteoporosi. Sono, nell'ordine, i dieci principali fattori di rischio che incidono maggiormente sulla salute degli italiani in termini di anni di vita persa o vissuti in condizioni di disabilità (*Disability Adjusted Life Years*, DALYs). Questi elementi emergono dai dati aggiornati (2013) del Global Burden of Disease Study (GBD), lo studio eseguito da un consorzio internazionale a cui partecipa anche il nostro Paese, e che da anni indaga sui fattori di rischio responsabili del maggior numero di decessi e di disabilità su scala globale, regionale e nazionale (Forouzanfar M et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015, online 2015).

La nuova “classifica” evidenzia anche che sulla salute degli italiani, a differenza degli altri Paesi sviluppati, incide maggiormente la funzione

renale ridotta e la scarsa densità minerale ossea; assente invece lo scarso consumo di frutta.

L'elenco è stato stilato misurando il “peso” sulla salute di 79 fattori di rischio e gruppi di fattori rischio comportamentali, ambientali, occupazionali e metabolici, in 188 Paesi dal 1990 al 2013. Rispetto alla precedente edizione (2010) lo studio ha preso in esame sei nuovi fattori: la pratica del lavaggio delle mani, l'esposizione al tricloroetilene, il sesso non protetto, il sottopeso durante l'infanzia, l'arresto della crescita e il basso tasso di filtrazione glomerulare.

#### ▶ **Ipertensione e fumo vincono il primato**

A livello mondiale in termini di anni di vita persi o di DALYs ipertensione arteriosa e fumo di tabacco mantengono rispettivamente il primo e il secondo posto della precedente ricerca e sono i principali fattori di rischio in quasi tutti i Paesi ad alto reddito, nel nord Africa e Medio Oriente, in Europa e Asia. L'alto IMC sale al terzo posto, ma nel Medio Oriente e nell'America Latina è il principale fattore di rischio. Al quarto e al quinto posto si classificano la malnutrizione infantile e l'elevata

glicemia a digiuno. A seguire, nell'ordine: l'alcol, l'inquinamento dell'aria domestica, l'acqua non potabile, il sesso non protetto e lo scarso consumo di frutta.

#### ▶ **Valore dello studio**

Il valore del Global Burden of Disease Study è di analizzare a fondo vari fattori di rischio e fornire quindi informazioni basilari sulle quali sviluppare strategie chiare ed efficaci per migliorare le condizioni di salute della popolazione a livello globale, regionale e nazionale e per rafforzare le strategie di prevenzione.

Gli autori hanno commentato che metà delle morti nel mondo e più di un terzo del DALYs globale sono correlabili alle esposizioni a fattori di rischio comportamentali, ambientali e occupazionali. Tra i principali fattori di rischio su scala globale prende posto l'indice di massa corporea che è aumentato negli ultimi 23 anni.

“Considerato che i fattori di rischio comportamentali hanno un forte peso - commentano gli autori su *Lancet* - dovrebbe essere rafforzata la ricerca in scienze sociali e comportamentali. Molte opzioni di politiche di prevenzione nel contesto delle cure primarie sono già disponibili per agire sui fattori di rischio chiave”.



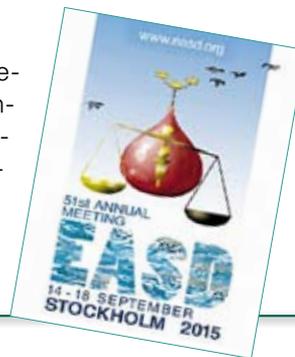
Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il Global Burden of Disease Study

# Highlights dal congresso EASD: come curare meglio il diabete?

Significativa la presenza italiana al Congresso Europeo di Diabetologia, importante occasione per fare il punto della situazione sulle conoscenze finora acquisite sulla patologia e sulle terapie, con uno sguardo verso il futuro

**A**l 51° Congresso Annuale dell'Associazione Europea per lo Studio del Diabete (EASD) gli argomenti trattati sono stati svariati, ma di particolare interesse si sono ri-

velati gli studi sul diabete iniziale, sulla prevenzione delle complicanze, su nuove formulazioni di farmaci e sulla comunicazione medi-



co-paziente, senza tralasciare gli aspetti più pratici della cura, cioè "chi, quanto e come trattare".

## Quali gli obiettivi terapeutici?

Perché è importante trattare il diabete, ma soprattutto, secondo quali principi è stato il tema trattato dal Prof. **Stefano Del Prato**, past-President della Società Italiana di Diabetologia (SID), nel corso di una Lettura. Trattandosi di pazienti iperglicemici, la cosa più ovvia da pensare è che sia necessario migliorare il controllo della glicemia. "Questo è un argomento estremamente dibattuto - spiega Del Prato - perché una serie di dati, soprattutto epidemiologici, dimostra che esiste una relazione forte fra il controllo glicemico e il rischio cardiovascolare. D'altra parte gli studi di intervento non hanno mostrato vantaggi particolari; addirittura in alcuni casi avrebbero suggerito un potenziale rischio".

Sono d'altra parte disponibili dati che dimostrano che il trattamento adeguato e tempestivo del diabete già nella fase iniziale può tradursi in un miglioramento significativo del rischio cardiovascolare, in particolare del rischio di infarto del miocardio, che si riduce di circa il 15%. Mentre il rischio micro vascolare, con un buon controllo glicemico, può ridursi di almeno il 25-30%. In questo contesto, occorre considerare che questi sono dati "medi" e che all'interno della totalità della popolazione diabetica esistono sottogruppi che risultano rispondere in modo completamente diverso ai trattamenti. L'obiettivo terapeutico di una persona con diabete di tipo 2 (DMT2) deve quindi essere quello di un

controllo glicemico adeguato alla condizione individuale.

I soggetti senza complicanze, quelli giovani e con recente diagnosi di diabete dovrebbero essere trattati in modo intensivo per raggiungere valori di glicemia quanto più vicini alla normalità, cioè un'emoglobina glicata  $\leq 7\%$ . Invece nei soggetti che vanno incontro ad episodi di ipoglicemia, in quelli che abbiano già complicanze in atto, come l'insufficienza renale e in quelli con una ridotta aspettanza di vita è indicato un controllo glicemico un po' meno pressante, con valori di emoglobina glicata fino a 8-8.5%.

Trattare l'iperglicemia è quindi importante, ma gli obiettivi di trattamento devono essere individualizzati.

"Sulla base di questo abbiamo proposto che almeno alcuni ele-

Tabella 1

## Elementi utili a definire gli obiettivi del controllo glicemico

- A** come 'age' (età)
- B** come 'body weight' (peso corporeo)
- C** come complicanze (presenza, assenza, grado di severità delle complicanze o di altre patologie associate)
- D** come 'durata della malattia'
- E** come eziologia, educazione, empowerment dei pazienti, economia

menti debbano essere presi in considerazione quando si decide come e fino a che punto trattare un soggetto" - continua Del Prato. "Quello che abbiamo proposto è che possano essere utilizzate le prime 5 lettere dell'alfabeto (Tabella 1). **A** come 'age', **B** come 'body weight', **C** come complicanze, **D** come 'durata della malattia' e infine **E**, che ha 3 significati: **E** come eziologia, educazione ed empowerment dei pazienti, che è una componente essenziale del risultato della cura; infine **E** come economia.

Per il futuro sono attesi indicatori più precisi, derivanti dalla farmacogenetica e biomarcatori, che permetteranno di identificare i soggetti con caratteristiche tali per avere l'indicazione ad un trattamento rispetto ad un altro.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Stefano Del Prato

## Le componenti del diabete alla diagnosi

Frutto di un lavoro decennale condotto presso la Divisione di Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo dell'Università di Verona, lo studio VNDS (*Verona Newly Diagnosed type 2 Diabetes Study, abs n. 85*) è nato dalla necessità di definire con precisione le componenti che contribuiscono a determinare il diabete di tipo 2 nel momento stesso in cui viene diagnosticato.

"Il momento in cui viene posta diagnosi di diabete - afferma il dottor **Marco Dauriz**, Dipartimento di Medicina, Divisione di Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo dell'Università di Verona, membro della Società Italiana di Diabetologia e primo autore dello studio - rappresenta una finestra temporale privilegiata per poter apprezzare la frequenza e l'entità dei difetti di secrezione e azione insulinica, prima che venga avviata una terapia farmacologica. Caratterizzare le componenti

patogenetiche al momento della diagnosi è importante per individuare una strategia terapeutica il più possibile personalizzata".

I 700 pazienti arruolati finora nello studio, al momento della diagnosi di diabete, sono stati sottoposti a un test del carico orale di glucosio, per valutare il grado di secrezione insulinica e a un test di "clamp insulinico" per misurare il grado di risposta degli organi e tessuti periferici all'insulina. Nel corso dei due test, sono state dosate le concentrazioni di C-peptide, glicemia e insulina.

L'analisi ha consentito di evidenziare che già al momento della diagnosi di diabete il 90% dei soggetti presentava una compromissione della secrezione insulinica e che nell'88% dei casi era evidenziabile una ridotta sensibilità all'insulina. I pazienti che presentavano solo insulino-resistenza erano l'8.8% del totale, mentre quelli che presentavano solo un difetto di secrezione

insulinica, tutti molto magri, erano il 10.8%. La maggior parte dei soggetti studiati (78.9%) al momento della diagnosi di diabete presentava entrambi i difetti, mentre un esiguo numero (1.4%) non mostrava alcuna alterazione. Un paziente su 5 di quelli che presentavano entrambi i difetti alla base del diabete mostrava anche evidenti alterazioni dei lipidi e un peggior compenso glicemico.

Lo studio VNDS dimostra dunque che fin dal momento della diagnosi di diabete nella maggior parte delle persone sono presenti sia una compromissione della secrezione di insulina che una resistenza alla sua azione a livello di organi e tessuti target periferici.



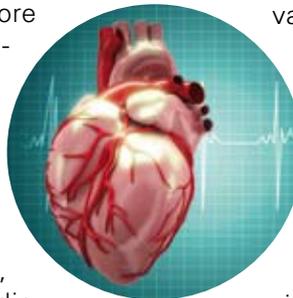
Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Marco Dauriz

## Un'efficace prevenzione cardiovascolare

Uno studio presentato al Congresso EASD e pubblicato sul New England Journal of Medicine (*New Engl J Med* 2015; doi: 10.1056/NEJMoa1504720) ha dimostrato che l'aggiunta di empagliflozin alla terapia antidiabetica standard è in grado di indurre una significativa diminuzione della mortalità per eventi cardiovascolari nei pazienti diabetici. Empagliflozin è un inibitore del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) orale, altamente selettivo che, inibendo il riassorbimento renale del glucosio, riduce la glicemia in soggetti con DMT2 agendo indipendentemente dalla funzionalità delle cellule beta pancreatiche e dalle vie dell'insulina.

“Lo studio EMPA-REG OUTCOME, uno studio di outcome, ovvero di eventi cardiovascolari, condotto con empagliflozin, ha

mostrato risultati sorprendenti e, dal punto di vista clinico, particolarmente importanti” - commenta il Professore **Giorgio Sesti**, Presidente SID”. I dati dello studio hanno evidenziato una riduzione significativa del rischio per l'endpoint combinato di mortalità cardiovascolare (CV), infarto del miocardio non-fatale o ictus non-fatale del 14%, quando aggiunto alla terapia standard, in pazienti con DMT2 ad alto rischio di eventi cardiovascolari. La riduzione della mortalità cardiovascolare è stata del 38%, senza alcuna differenza significativa nel rischio di infarto non-fatale o ictus non-fatale. Inoltre, la terapia con empagliflozin ha dimostrato un minor rischio di mortalità per



tutte le cause (riduzione del 32%) e di ricovero per insufficienza cardiaca (riduzione del 35%).

L'effetto di empagliflozin in questo trial è stato osservato in aggiunta alla terapia standard; ciò significa che il beneficio si è visto al di là e in aggiunta alle altre terapie (per esempio antiipertensive e ipolipemizzanti) che i pazienti stavano già assumendo per il diabete e/o malattie cardiovascolari concomitanti.



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

## Steatosi epatica nel diabete

Oltre alle complicanze “classiche” del diabete, ultimamente sta emergendo un altro organo coinvolto nella malattia diabetica, e cioè il fegato. “In presenza di diabete o obesità - spiega il Dottore **Carlo B. Giorda**, Segretario gruppo di studio Diabete e Malattie Cardiovascolari EASD e past-President Associazione Medici Diabetologi (AMD) - ten-



de ad esserci un accumulo di grasso o steatosi. Per molti anni si è pensato che questo accumulo di grasso fosse soltanto un “accumulo”, ora invece si è visto che è molto dannoso, perché l'eccesso di grasso danneggia le cellule del fegato, nel tempo le distrugge e produce un'infiammazione: probabilmente molti casi di cirrosi e di trapianto

di fegato che vediamo al giorno d'oggi sono dovute all'evoluzione di questa steatosi epatica”. La sfida è quella di intervenire precocemente su questa condizione proprio per evitare la sua evoluzione in situazioni più gravi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Carlo B. Giorda

## Comunicazione della diagnosi

La qualità della comunicazione medico-paziente al momento della diagnosi di diabete di tipo 2 può influire sulla gestione della malattia da parte del paziente e sul suo benessere futuro. È quanto emerge dai nuovi risultati di IntroDia™, la più vasta indagine di questo tipo su oltre 10.000 soggetti con diabete di tipo 2 in 26 Paesi, di cui sono stati presentati nuovi risultati nell'ambito del 51esimo Congresso EASD (Poster A-15-496 e A-15-449). Una relazione analoga era stata rilevata, sempre dal sondaggio IntroDia™, per la qualità della comunicazione fra medico e paziente al momento della prescrizione di terapia orale aggiuntiva per il diabete di tipo 2. La ricerca è stata condotta attraverso un questionario online, e una serie di interviste telefoniche o di persona, ove necessario.

Dall'analisi delle risposte, emerge che i pazienti distinguono, in termini qualitativi, tre tipi di comunicazione da parte del medico: 'incoraggiante', 'collaborativa' e 'scoraggiante'. Quando il medico ha utilizzato una comunicazione 'incoraggiante' e 'collaborativa', la qualità della comunicazione percepita dal paziente è migliorata significativamente, mentre l'utilizzo di una comunicazione 'scoraggiante' ha avuto l'effetto opposto.

Tra gli esempi di comunicazione 'incoraggiante' riferiti durante lo studio, vi sono frasi come: "Il mio medico mi ha spiegato che si può fare molto per controllare il diabete". Per la comunicazio-

ne 'collaborativa', frasi quali: "Il mio medico mi ha chiesto di esprimere la mia opinione nella preparazione del piano terapeutico" e tra gli esempi di comunicazione 'scoraggiante', frasi come: "Il mio medico mi ha detto che con il passare del tempo il diabete diventa più difficile da gestire".

La qualità del dialogo con il proprio medico, percepita dai pazienti, è stata valutata sulla base di tutti gli esiti di gestione della malattia riferiti. I pazienti, che hanno ricordato una miglior qualità della comunicazione e dell'interazione con il proprio medico, hanno riscontrato un miglioramento nella gestione della malattia e un ritorno in termini di benessere con, tra l'altro, un minor disagio psicologico in relazione alla malattia, maggiore rispetto alla dieta e all'attività fisica, oltre ad una maggior aderenza alla terapia.

### ► Altri risultati

Nell'ambito del congresso sono stati riportati anche altri risultati, che hanno riguardato sia l'ambito dei farmaci che quello della ricerca di base che della epidemiologia.

#### Insuline

Un'ampia metanalisi che include i dati registrati ad un anno degli studi EDITION 1, 2 e 3 in soggetti con DMT2 ha mostrato una riduzione più duratura della glicemia con la nuova formulazione di insulina glargine, soluzione iniettabile 300 U/ml ri-

spetto a insulina glargine, soluzione iniettabile 100 U/ml. La prima ha dimostrato anche una riduzione del rischio di ipoglicemia sia durante la notte sia nell'arco delle 24 ore. Questa analisi è un'estensione dei risultati a 6 mesi pubblicati di recente (*Diabetes Obes Metab* 2015; 17: 859-67).

#### Grasso viscerale

Le cellule staminali del grasso viscerale degli obesi sono particolarmente portate ad accumulare grasso, perché carenti di due enzimi, SIRT1 e SIRT2. È quanto emerge da uno studio della SID, che apre dunque la strada alla possibilità di "riprogrammare" le cellule staminali "vocate" al grasso, innalzando la concentrazione di queste due proteine (Oral Presentation #207).

#### Pesticidi

Una vasta meta-analisi su oltre 66mila soggetti ha evidenziato che l'esposizione a pesticidi si associa a un aumento del 61% del rischio di diabete (ePoster #310); un altro studio ha mostrato come una forte esposizione a queste sostanze nelle prime fasi di gravidanza sia associata a un aumento di 4.4 volte del rischio di diabete gestazionale (ePoster #318).

#### Demenza

I soggetti con DMT2 non controllato, secondo i risultati di un ampio studio osservazionale svedese, presentano un rischio superiore del 50% di subire ricoveri per una forma di demenza rispetto ai soggetti con glicemia sotto controllo (Abs #10).

# Sindrome di Tako-tsubo: nuove evidenze

Sulla base della dimostrazione da parte dell'eccellenza cardiologica italiana del meccanismo fisiopatogenetico della sindrome di Tako-tsubo - conosciuta anche come "sindrome del crepacuore" - il primo studio internazionale ha dimostrato che la patologia non è affatto benigna come si riteneva, tanto che la prognosi è sovrapponibile per mortalità all'IMA

**L**a prognosi dei pazienti che presentano la sindrome di Tako-tsubo, patologia caratterizzata da una severa, ma transitoria e reversibile, disfunzione sistolica del ventricolo sinistro, è simile a quella dei soggetti ricoverati per infarto, cioè con probabilità di shock cardiogeno in circa il 10% e di exitus nel 5% dei casi. Sono le evidenze emerse dal primo studio condotto con l'obiettivo di indagare caratteristiche cliniche, prognosi ed esiti, nonché valutare i risultati della terapia oggi in uso, per questa entità clinica che dunque non è così benigna come ritenuto in precedenza.

Lo studio è stato pubblicato recentemente sul *NEJM* ed è il frutto di una collaborazione internazionale che per l'Italia ha coinvolto un gruppo di ricercatori dell'Università Cattolica del Sacro Cuore guidato dal Prof. Filippo Crea, Direttore del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari del Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma, e da Leda Galiuto, Professore aggregato alla Cattolica e cardiologa presso lo stesso Dipartimento di Scienze Cardiovascolari.

La Prof.ssa **Leda Galiuto** ha illustrato a *M.D.* le più recenti acquisizioni su questa sindrome e sulle evidenze emerse dallo studio.

## ► Caratteristiche di malattia

La sindrome di Tako-tsubo è una forma di cardiomiopatia da stress,

che si inquadra nell'ambito delle sindromi coronariche acute. All'esordio la presentazione clinica è quella tipica di un infarto acuto con sintomatologia solitamente dolorosa. L'ECG mostra alterazioni più o meno compatibili con infarto acuto, in quanto l'alterazione del tratto ST può essere in sovra- o in sotto-slivellamento. La coronarografia però evidenzia una pervietà assoluta delle arterie epicardiche.

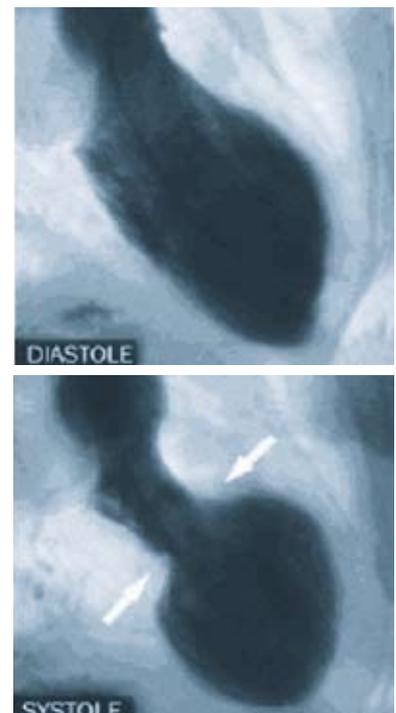
Furono i giapponesi che nel 1991, con l'utilizzo della ventricolografia, evidenziarono che nonostante le arterie epicardiche fossero assolutamente pervie, quindi normali, nelle regioni medio-apicali del ventricolo il muscolo cardiaco era deformato, assumendo la forma di un cestello, un vaso (detto *tako tsubo* - da cui la sindrome ha preso il nome) usato un tempo dai pescatori giapponesi per la cattura dei polpi (*figura 1*). Dai primi episodi identificati in Giappone, grazie alla diffusione della coronarografia nel mondo, i casi diagnosticati sono aumentati sia in Europa che nell'America del Nord.

Dal momento che in questi pazienti si riconosceva un evento scatenante di natura emotiva (per esempio un lutto, un forte stress di tipo psichico, ecc) questa cardiopatia fu chiamata anche "cardiopatia da stress". Sulla base dell'associazione tra evento stressante e l'evoluzione verso una sindrome coronarica acu-

ta con queste caratteristiche, in Italia e nel mondo anglosassone l'entità clinica era nota anche come "sindrome del crepacuore" (*broken heart syndrome*). Si riteneva che fosse esclusivamente di pertinenza del sesso femminile e che la prognosi nel lungo termine fosse assolutamente favorevole.

**Figura 1**

### Ventricolografia: conformazione del ventricolo sinistro nella sindrome di Tako-Tsubo



## ► Meccanismo patogenetico

“Nel 2010 il nostro gruppo di studio ha dimostrato in modo inequivocabile il meccanismo fisiopatogenetico comune a questa patologia - spiega la Prof. Leda Galiuto. “Si tratta, a fronte di una pervietà delle arterie epicardiche, di una vasocostrizione reversibile dei piccoli vasi del cuore. Abbiamo somministrato un mezzo di contrasto ev per ecocardiografia (micro bolle di mdc) che raggiungevano il muscolo cardiaco: nelle pazienti con Tako-tsubo si è dimostrata l'ostruzione del microcircolo coronarico nelle zone in cui il muscolo era disfunzionante. A questo punto è stato somministrato un vasodilatatore arteriolare (adenosina) ed è stato possibile verificare che il microcircolo recupera la sua perfusione nonché la contrattilità (*Eur Heart J 2010*).

Da questa evidenza è nata una collaborazione internazionale che si è sviluppata attraverso un registro - International Takotsubo Registry Intertak - che coinvolge 26 centri di 9 Paesi tra Europa e USA (per l'Italia l'Università Cattolica del Sacro Cuore) e che ha dato vita allo studio pubblicato sul *NEJM*.

## ► Lo studio

Nell'indagine sono stati studiati 1.750 pazienti con sindrome di Tako-tsubo. Circa 500 pazienti sono state messe a confronto con un gruppo (n. 500), omogeneo per età con precedente storia di sindrome coronarica acuta.

I risultati hanno confermato alcune caratteristiche note della malattia: pur non mancando casi di giovani donne in età fertile, colpisce generalmente, ma non esclusivamente, il sesso femminile in età postmenopausale, prevalentemente dopo uno stress emotivo, tipicamente un lutto (nel 30% dei casi) o fisico come un intervento chirurgico (nel 36% dei casi). La sindrome si associa a malattia neu-

rologica o psichiatrica in circa metà dei casi, ovvero si presenta spesso in associazione a disturbi psichiatrici come la depressione.

Nello specifico i risultati hanno evidenziato che:

- 89.8% erano donne, con età media 66.8 anni;
- sono stati individuati trigger emotivi nel 27.7% dei casi e trigger fisici nel 36%;
- rispetto al gruppo con sindrome coronarica acuta i pazienti con sindrome di Tako-tsubo, presentavano una maggior presenza di disturbi neurologici o psichiatrici (55.8% vs 25.7%);
- la frazione di eiezione ventricolare sinistra media era nettamente inferiore ( $40.7 \pm 11.2\%$  vs  $51.5 \pm 12.3\%$ ) ( $p < 0.001$  per entrambi i confronti);
- le complicazioni gravi (20%) durante la degenza sono risultate simili nei due gruppi.

Il follow-up a lungo termine ha evidenziato un tasso di mortalità del 5.6% per qualsiasi causa e del 9.9% di eventi cardiaci e cerebrovascolari gravi per paziente/anno.

## ► Commento e futuro della ricerca

“Sulla base dei dati emersi dallo studio abbiamo potuto concludere che, a differenza di quanto ritenuto in precedenza, cioè che questa sindrome fosse assolutamente benigna, nella realtà clinica la mortalità ospedaliera e a distanza di tempo è assolutamente sovrapponibile a quella di un IMA” - commenta Leda Galiuto. “Bisogna usare cautela di fronte a un soggetto che presenta un dolore toracico o un sintomo suggestivo di IMA dopo un forte stress emotivo e inserire di sindrome di Tako-tsubo in diagnosi differenziale. L'indagine di elezione è la coronarografia”.

Per quanto riguarda l'intervento terapeutico volto al rapido recupero della funzione ventricolare sinistra il dibattito è tuttora in corso.

“Dal registro sembrerebbe emergere che i betabloccanti non siano di giovamento in questi pazienti e questo è in linea con i nostri dati fisiopatologici: se il problema è una vasocostrizione reversibile dei piccoli vasi risulterebbero più efficaci i calcio-antagonisti. Nondimeno sembrerebbe che gli ACE-inibitori siano di giovamento e questo è intuibile perché l'obiettivo è quello di recuperare rapidamente la funzione ventricolare sinistra. In questa fase però non sono ancora disponibili studi randomizzati che consentano di affermare con certezza qual è il farmaco più efficace”.

Altri ulteriori elementi emersi dalla ricerca è che la sindrome può recidivare e che c'è una correlazione con patologie neurologiche e psichiatriche. Su questi aspetti sono in corso nuove ricerche.

“Questo è lo stato delle conoscenze per questa patologia che, considerata ancillare in un recente passato, è diventata oggetto di grande interesse scientifico. La conoscenza fa sì che in pratica clinica si riscontri un numero sempre maggiore di casi, che possono essere studiati nel corso del follow-up per aggiungere ulteriori elementi clinici e terapeutici per meglio definire le migliori strategie di gestione di questa complessa sindrome” - conclude la Professoressa Galiuto.

## Bibliografia

- Alongi G et al. *M.D. Medicinae Doctor* 2011; 3: 22-23.
- Ciro R et al. *Cardiologia negli ospedali* 2015, n. 204.
- Galiuto L et al. *Eur Heart J* 2010; 31: 1319-27.
- Krumholz HM. *NEJM Journal Watch*, September 3, 2015.
- Templin C et al. *N Engl J Med* 2015; 373: 929.



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

# Stratificazione del paziente con sincope

La sincope è un problema medico molto frequente. Seppur sia spesso una forma benigna, è fondamentale una corretta stratificazione dei pazienti per escludere un'origine cardiovascolare

La sincope è definita come un'improvvisa perdita di coscienza associata con una inabilità a mantenere un tono posturale, seguita da un recupero immediato e spontaneo senza la necessità di un ricorso a cardioversione chimica o elettrica. Si tratta di un problema medico molto comune, che si stima colpisca fino a circa il 40% della popolazione generale, almeno una volta nella vita. Seppure sia spesso una forma benigna, è fondamentale una corretta stratificazione dei pazienti e del rischio per escludere un'origine cardiovascolare.

## ► La valutazione iniziale

Tra le cause di sincope, la forma neurocardiogenica o vasovagale è la più frequente, rappresentando fino al 66% dei casi di ricorso al Pronto Soccorso (Da Silva *Front Physiol* 2014; 5: 471); le altre sono di origine cardiaca, neurologica o altro.

Nella valutazione iniziale l'anamnesi è fondamentale e deve far emergere la storia del paziente, l'eventuale assunzione di farmaci e l'eventuale presenza di una storia familiare di morte cardiaca improvvisa.

È inoltre importante capire se il paziente era in una particolare situazione quando ha avuto l'evento. Può essere utile rilevare per esempio se è avvenuta durante o dopo

un esercizio fisico, se è stata associata a tosse o starnuto o alla defecazione o se è stata mantenuta per molto tempo una determinata posizione ortostatica.

Un altro elemento utile per chiarire l'origine della sincope è la descrizione di come si è presentata: per esempio se ci sono stati dei movimenti degli arti e se il recupero è stato pronto oppure il paziente era confuso. Questi sono elementi che potrebbero suggerire un attacco epilettico.

Dopo la raccolta anamnestica, è l'esame obiettivo che può fornire preziosi elementi diagnostici, come la valutazione della pressione arteriosa, in ortostatismo e in clinostatismo, per valutare l'intolleranza ipotensiva. In particolare il paziente viene valutato a tempo 0 in clinostatismo e dopo 3 minuti in ortostatismo. Viene rilevata un'ipotensione ortostatica se la pressione sistolica misurata a 3 minuti in ortostatismo scende di 20 mmHg o se la pressione diastolica scende di 10 mmHg.

Questa è già un'importante valutazione iniziale, che deve essere eseguita sia in Pronto Soccorso sia, eventualmente, dal Mmg.

È inoltre importante valutare se il paziente ha già avuto patologie cardiache, perché questo quadro è associato a un rischio maggiore di sincope di origine cardiaca e

quindi di eventi ricorrenti, o morte improvvisa.

## ► Escludere origini cardiache

L'ECG è un esame di primo livello che si dovrebbe effettuare in tutti i pazienti, per valutare eventuali anomalie, come un blocco di branca destro o sinistro associato a un emblocco anteriore o posteriore, un blocco atrio-ventricolare, una sindrome di pre-eccitazione Wolff-Parkinson-White o una displasia aritmogena del ventricolo destro.

Talora possono essere necessari esami di approfondimento come un ECG Holter 24-48 h o il posizionamento di un *loop recorder* transtoracico o sottocutaneo.

Oltre a queste patologie che più frequentemente possono essere associate a sincope, occorre tuttavia ricordare che questo evento può essere preludio anche di altre patologie molto gravi, come embolia polmonare o dissecazione aortica, e per questo va considerata con appropriata attenzione.



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

# Scompenso cardiaco: si può fare di più

Presentati al congresso della Società Europea di Cardiologia i dati sullo scompenso cardiaco dell'osservatorio ARNO: una fotografia real life del suo impatto in Italia, da un campione di 2.500.000 persone

**N**ell'ambito del Congresso della European Society of Cardiology (ESC), tenutosi a Londra dal 29 agosto al 2 settembre 2015, sono stati presentati i dati sullo scompenso cardiaco emersi dall'Osservatorio ARNO (Maggioni AP et al. The real world evidence of chronic heart failure: findings from 41.413 patients of the ARNO database. ESC Congress 2015; Londra 29 agosto - 2 settembre).

L'indagine si è basata sui dati amministrativi di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco ricavati dall'Osservatorio, di proprietà di CORE CINECA - il maggior centro di calcolo nazionale, gestito da un consorzio di 70 università italiane - che ha estratto informazioni su ricoveri, prescrizioni e procedure ambulatoriali di sette ASL italiane. I dati si riferiscono a un bacino di circa 2.500.000 di assistiti seguiti in un arco temporale di cinque anni, dal gennaio 2008 al dicembre 2012.

L'analisi dei dati ha mostrato che in questo periodo di tempo, nelle sette ASL coinvolte, sono risultati 54.059 ricoveri per scompenso cardiaco. I 41.413 pazienti non deceduti e dimessi con la prescrizione di un trattamento specifico per questa patologia sono stati seguiti per un anno. Il primo dato interessante riguarda l'età media, che è risultata di circa 78 anni, ben più elevata, di almeno dieci anni, rispetto a quella che si riscontra

nei trial clinici. Il 51.4% dei pazienti era di sesso femminile, e anche questo dato diverge, in misura quasi doppia, da quello che si osserva nei trial clinici controllati. La prevalenza di scompenso cardiaco cronico era dell'1.7%. Quanto alle comorbidità, la più frequente è la storia di ipertensione arteriosa, che interessa circa il 70% dei pazienti, seguita da diabete (30.7%), BPCO (30.5%) e depressione (21%).

## ► Cure scelte bene, ma si può migliorare

I trattamenti sono stati così prescritti: ACE-inibitori/inibitori dei recettori dell'angiotensina nel 65.8% dei pazienti, betabloccanti nel 52.3%, antagonisti dei mineralocorticoidi nel 42.1%, diuretici nell'84.2%. "Dal punto di vista 'qualitativo' - spiega **Aldo Maggioni**, Direttore del Centro Studi ANMCO - cioè relativamente al numero di prescrizioni, il dato è abbastanza soddisfacente: i medici italiani utilizzano questi farmaci in una proporzione più che accettabile. Quello che lascia un po' perplessi è il dosaggio: rispetto alle dosi raccomandate delle linee guida, quelle utilizzate nella pratica sono molto più basse". Abbastanza scoraggianti sono i dati relativi alla aderenza: tra i pazienti che sopravvivono a un anno, oltre il 30% sospende almeno uno dei trattamenti prescritti.

## ► Ri-ospedalizzazioni e costi

La probabilità di essere ricoverati di nuovo entro l'anno è elevata, del 56.6%: circa la metà di queste ri-ospedalizzazioni non è dovuta a cause CV ma ad altre cause che non emergono negli studi, dove in genere non vengono arruolati soggetti con comorbidità. La mortalità intraospedaliera per tutte le cause si avvicina al 18%. L'indagine ha permesso di valutare i costi: la spesa annuale per paziente è di circa 11.800 euro; gran parte del costo, circa l'85%, è legato all'ospedalizzazione. Il costo delle riospedalizzazioni è quasi il doppio rispetto a quello del primo ricovero (oltre 7.400 euro vs circa 4.500 per il primo ricovero). I farmaci pesano per circa il 10%, le prestazioni specialistiche ambulatoriali per il 5-6%.

Lo scompenso cardiaco si conferma quindi una condizione clinica grave e costosa e le evidenze dello studio ARNO confermano il peso socio-sanitario ed economico di questa patologia che, compromette gravemente la qualità di vita e il vissuto dei pazienti.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Aldo Pietro Maggioni

# La difficoltà del medico nella comunicazione della malattia grave

*Questo caso, in cui viene raccontata la difficoltà e la fuga di un collega ospedaliero di fronte a una persona con patologia oncologica in fase terminale, fa riflettere sull'eterno dilemma della comunicazione della diagnosi e della malattia grave. Bisognerebbe completare la propria formazione migliorando le capacità relazionali, per entrare in empatia con il paziente, piuttosto che fuggire*

## **Ivano Cazzolato**

*Medico di famiglia, Psicoterapeuta Marcon (VE)*

*Didatta Istituto Veneto di Terapia Familiare, Treviso*

## IL CASO

Antonio ha 69 anni. Nella sua vita ha lavorato duramente in fonderia.

È stato un accanito fumatore e qualche volta ha abusato con l'alcol fino al 1998, quando, dopo una laringite cronica che non recedeva, ulteriori accertamenti hanno permesso di porre diagnosi di carcinoma della laringe. Accertamenti ai quali il paziente si era sottoposto andando privatamente a visitarsi perché l'otorino di un'altra Asl, che lo aveva visto ripetutamente, minimizzava il disturbo, non tenendo conto, tra l'altro, che Antonio aveva avuto altri due fratelli deceduti prima dei 50 anni per la stessa neoplasia.

Il paziente viene sottoposto a intervento chirurgico, senza tracheostomia, con la raccomandazione dell'abolizione assoluta dal fumo di sigaretta.

Per Antonio, smettere era molto difficile, nonostante la buona volontà e i numerosi tentativi e le minacce dei familiari. Gradualmente, aveva ripreso a fumare, anche se non con la stessa intensità.

Nel 2001, ad un controllo ORL gli viene diagnosticato un carcinoma squamoso infiltrante della tonsilla sinistra. Il paziente ha uno scoramento emotivo e con lui la moglie e i due figli. Co-

munque viene sostenuto e aiutato ad affrontare un nuovo intervento chirurgico e la radioterapia alla quale si sottopone con grinta.

Nonostante il divieto assoluto raccomandato dal primario ORL di evitare accuratamente i cibi irritanti, gli alcolici, il caffè e il fumo di sigaretta, ogni tanto, di nascosto, usciva e andava a fumare.

### ► **Un successo: la cessazione del fumo**

Un giorno il figlio gli trova in auto, nascosti sotto al cruscotto, due pacchetti di sigarette; convoca una riunione di famiglia con la sorella, la madre e Antonio. I figli e la moglie saranno durissimi e, in quell'occasione, minacceranno di non accompagnarli più per le terapie. La moglie e i figli mi raccontano che durante questo colloquio ad alta tensione, si commuovono e pure Antonio si emoziona: guarda negli occhi i propri cari e vede rispecchiata la propria paura, la loro impotenza e la loro delusione.

Quell'incontro a quattro sarà determinante nell'indurre Antonio a smettere definitivamente con il fumo di sigaretta. Questo risultato fa pensare alle risorse che la famiglia potenzialmente conserva al suo interno e che emergono quando, di fronte ad una

difficoltà, i componenti sanno fare squadra.

Seguiranno più di dieci anni di benessere dove Antonio si occupa della nipotina, fa il nonno-vigile, si inserisce in modo più convincente all'interno della comunità e finalmente esce spesso con la moglie a passeggio e per fare delle piccole gite.

La sua passione è l'orto che coltiva con una cura quasi maniacale, ricevendo spesso i complimenti, ma anche tante richieste di consigli su quando piantare gli ortaggi, come regolarsi con l'acqua, quando seminare e così via.

### ► Si ripresenta la malattia, un ospite inatteso

Poco più di un anno fa, durante l'inverno, viene più volte in studio a causa di una tosse persistente che non passa nonostante le varie terapie somministrate. Si era sottoposto due mesi prima alla consueta visita di controllo dall'otorino che non aveva rilevato nulla di particolare.

Dato il persistere della tosse, gli viene prescritta una radiografia del torace dalla quale risulta una voluminosa massa di circa 10 cm di diametro a carico del lobo destro.

Ulteriori indagini permetteranno di porre diagnosi di carcinoma squamoso del polmone lobo inferiore destro al quale seguiranno numerosi cicli di chemioterapia, un ricovero a causa di anemia quale complicanza della chemioterapia e un tentativo recente di radioterapia che però non ha sortito alcun beneficio ed è stata sospesa dopo una settimana.

Questo è il riassunto della storia clinica.

Ma la storia emotiva si intreccia a quella clinica e a volte mette a dura prova non solo il paziente, ma anche i familiari che con speranza, affetto, abnegazione, vivono con la persona malata come su un'altalena: talora la speranza prevale, altre volte pare che nulla possa essere utile se non la rassegnazione.

Anche in questo caso, come dirlo al paziente, in che modo sottoporre la situazione ai familiari? Come affrontare un futuro incerto sia per il malato che per i familiari, quando sai che la morte ti rincorre notte e giorno, non dà tregua ai sogni, rompe gli schemi, violenta la quotidianità, uccide la speranza e l'incertezza diventa un'inquietante compagna che come un'ombra sai che improvvisamente ti può girare le spalle e pugnalare.

Quest'uomo ha lavorato tanto nella sua vita, respirato porcherie sia con il fumo, ma soprattutto in fonderia dove, all'inizio della sua carriera (14 anni), non si usava alcuna protezione!

### ► Le risorse familiari

L'estate scorsa, era un giorno di luglio, stava male e così lo vado a trovare a casa. Antonio che è notoriamente taciturno, quella volta, invece, ha voglia di parlare e così mi racconta di quanto è orgoglioso dei risultati ottenuti dai due figli che si sono entrambi realizzati nel lavoro, e poi, quasi per farsene una ragione, mi dice che i suoi due fratelli sono morti prima dei 50 anni e lui ne ha già 68, che suo padre e suo suocero sono deceduti a 59 anni e che

sua moglie, con la pensione di reversibilità che potrà ottenere alla sua morte, più la piccola pensione del suo lavoro a part-time, potrà vivere anche quando lui non ci sarà più.

Un racconto senza lacrime, ma amaro, un racconto che entra nelle ossa di chi lo ascolta e che non prevede né repliche né rassicurazioni. Ma la speranza sì, quella non si può mai togliere a nessuno. E nemmeno in questa occasione io la toglierò ad Antonio, semplicemente analizzando insieme le cose positive ottenute dopo la chemioterapia.

Mentre io sono seduto con lui sul letto, la moglie, discreta trafficca in cucina in silenzio. È lei il care-giver che ha imparato a riconoscere del marito perfino i respiri notturni faticosi e gli affanni giornalieri.

È lei che comprende al volo se ha bisogno di bere, che bisogna cambiare menù perché molte cose gli fanno nausea, che si inventa ricette nuove pur di farlo mangiare qualcosa. I figli sono molto presenti, pur abitando piuttosto lontano.

Anche la relazione tra fratello e sorella è ottima: si alternano ad accompagnare il padre quando è necessario fare la chemioterapia o le visite specialistiche piuttosto che un esame strumentale. È una famiglia che ha trovato le risorse necessarie per far fronte all'imprevisto e alle difficoltà che mano a mano si presentano. Tra loro non dimostrano una grande affettività, ma questa si percepisce dai gesti semplici con cui accudiscono quest'uomo, come riescono a rassicurarlo a calmarlo e a proteggerlo.

### ► La fuga del medico

Dopo l'esecuzione di una PET di controllo, il radioterapista pensa di convocare il paziente e i familiari per fare il punto della situazione.

Antonio viene accompagnato all'appuntamento dalla moglie e dai figli. Sarà la figlia poi che mi racconterà la scena.

Dopo un'attesa di circa due ore, finalmente vengono fatti entrare. Il radiologo è seduto aldilà della scrivania e al suo fianco ha un giovane tirocinante con gli occhiali. Antonio entra con passo incerto e con un sentimento misto di speranza e paura al contempo. Davanti alla scrivania ci sono soltanto due sedie, si accomodano quindi marito e moglie, mentre i figli rimangono dietro, in piedi.

Il radioterapista indica ad Antonio la gravità della situazione, la presenza di numerose metastasi e più volte, durante questo breve sunto, dirà che ha molta fretta per delle incombenze che lo aspettano. Antonio con voce incerta tenta di chiedere qualcosa. Il radioterapista è gelido: "Guardi, purtroppo nel suo caso non ci sono speranze". La moglie e i figli sono ammutoliti e prostrati da



quella comunicazione. Lo specializzando timidamente si propone di andare a prendere due sedie per i figli. Il radioterapista si arrabbia e dice che non ci sono sedie nei paraggi e che come aveva anticipato, deve scappare. Allora Antonio lentamente si gira, incrocia gli occhi della figlia e chiede: "Allora morirò?". E la figlia dopo un lungo silenzio carico di *pathos* e di responsabilità di fronte ad una domanda così semplice ma anche così intensa risponde: "Sì, papà". E mentre dice questo, silenziosamente piange la moglie di Antonio, Antonio, il figlio e la figlia che nota gli occhiali dello specializzando appannarsi. Il radioterapista si alza di scatto e bruscamente saluta.

La famiglia esce dalla stanza, accompagnata dallo specializzando che non trova parole, ma che mostra alla famiglia un po' di umanità, appiccicata sui suoi occhiali come la brina si appoggia sull'erba di primo mattino.

### ► Riflessioni

Questa breve storia fa riflettere sull'eterno dilemma della comunicazione della diagnosi e della malattia grave.

Quel radioterapista con il suo comportamento è risultato irritante e poco umano, ma se analizziamo meglio il racconto, possiamo cogliere quanta difficoltà quel medico ha incrociato durante il colloquio.

Arriva con molto ritardo all'appuntamento, ribadisce più volte che ha molta fretta, quasi per giustificare il fatto che non poteva rimanere a pensare e ripensare con il paziente e i familiari sulla malattia e sulla diagnosi. È freddo nella

comunicazione, non ci pensa proprio a far sedere gli altri familiari, e rimprovera lo specializzando che aveva pensato invece di andare a procurare due sedie. Appena espletato il suo compito rigorosamente clinico si alza e velocemente se ne va.

Vieni da pensare quanta paura abbia questo uomo che prima di essere un radioterapista è una persona. Da che cosa fugge? Quali saranno state le sue esperienze personali che lo avranno portato a schermarsi così tanto per paura di mettersi in relazione con il paziente? Da che cosa si proteggeva? Perché tanta cura maniacale sugli aspetti organici della malattia e nessun riferimento a quelli emotivi che, come si sa, di fronte ad una malattia oncologica hanno un peso rilevante, specie quando vi è un concreto pericolo di vita?

Non si insiste mai abbastanza sul bisogno di completare la propria formazione medica con il miglioramento delle capacità relazionali, per permettere al medico di entrare in empatia con il paziente, piuttosto che fuggire. Non si fugge dalla malattia del paziente, ma dalle proprie paure. E allora che cosa accadrà quando queste paure riguarderanno il medico che si ammala, se prima non saranno state analizzate, soprattutto se si sceglie una professione, quella medica, che contempla il prendersi cura della persona nell'insieme senza suddividere l'anima dal corpo.

L'alleanza terapeutica è una potente arma, anche per accompagnare una persona quando non ci sono speranze, senza illuderla ma anche senza lasciarla sola con le proprie angosce.

# Dimensione collettiva e individuale della prevenzione secondaria

Prendendo ad esempio il caso di una assistita a cui il suo ginecologo di fiducia ha prescritto una mammografia con tempi ravvicinati rispetto al programma di screening, il collega offre spunti di riflessione sul sottofondo teorico che ispira molte scelte prescrittive

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

**U**na mia assistita in menopausa si reca dal ginecologo privato per una visita di controllo.

Lo specialista si informa sulle procedure preventive eseguite dalla paziente e saputo che la signora esegue gli screening mammografico e citologico con la periodicità stabilita dall'Asl (24 mesi e 36 mesi) prescrive mammografia, ecografia mammaria e pap-test annuali con la seguente motivazione: "Lo Stato adotta queste scadenze per motivi economici, ma io le prescrivo ciò che è davvero utile per un'efficace prevenzione".

Su quali presupposti si fonda questa posizione discordante rispetto allo screening pubblico? Cosa replica alla signora uno specialista che condivide l'impostazione della prevenzione "istituzionale" promossa dall'Asl?

Questo atteggiamento è antitetico allo slogan di Slow Medicine "fare di più non significa fare meglio": per lo specialista, al contrario, lo Stato fa meno di quello che sarebbe etico e doveroso fare, per mere motivazioni economiche da "spilorcio" e quindi mette a rischio la salute dei cittadini.

Quindi il consiglio prescrittivo dello specialista è corretto e rimette le cose a posto, perché è giusto e ra-

zionale "fare di più"! Questa concezione è il sottofondo teorico implicito che ispira molte scelte prescrittive, dall'eccesso di accertamenti a scopo difensivo alla prescrizione di farmaci per ridurre fattori di rischio che prescindono dalle note AIFA. In questo caso è stata enunciata senza mezzi termini, in modo diretto e *tranchant*, tant'è che restano pochi spazi di manovra per il Mmg, che generalmente si adegua ai suggerimenti prescrittivi dello specialista.

## ► Screening di popolazione e screening opportunistico

La posizione della specialista non tiene però conto di una distinzione di ruoli e di prospettiva: lo screening è un tipico intervento sanitario di popolazione e i suoi metri di valutazione, la quantificazione del beneficio/rischio/costo e le relative controversie scientifiche sull'efficacia dello screening stesso (riduzione mortalità, sensibilità, specificità, sovra-diagnosi e sovra-trattamento, eccetera) si basano su dati statistici di coorte e di lungo periodo.

Lo screening opportunistico consigliato dal ginecologo invece riguarda il singolo professionista di fronte al singolo assistito che si sottrae per la

sua natura individuale ai metri di valutazione statistica. Va da sé che su questo terreno ognuno può legittimamente fare le affermazioni e prendere le decisioni che più gli sembrano corrette, senza alcuna giustificazione statistica di sorta. In sostanza siamo nel regno delle valutazioni meramente individuali che inevitabilmente sfuggono alla dimensione di popolazione, che supporta le considerazioni epidemiologiche delle diverse tipologie di rischio (falsi positivi, falsi negativi, ecc.).

Da questo contesto scaturisce la "teoria" del fare di più rispetto allo screening istituzionale, esposta programmaticamente dal ginecologo. Insomma ci troviamo di fronte a una sorta di incommensurabilità concettuale e, soprattutto, percettivo-valutativa del rischio individuale *versus* la dimensione di popolazione.

## ► Le paure e le scelte

A ben vedere la motivazione del ginecologo appare eccentrica anche sul piano di una valutazione ponderata dei rischi insiti nella diagnosi precoce mediante screening mammografico: il suo problema prioritario è evidentemente quello di evitare i falsi negativi e, per fugare questa

eventualità teorica, è disposto anche a pagare il prezzo di un maggior numero di falsi positivi, sovra-accertamenti e sovradiagnosi pur di non farsi sfuggire nemmeno un caso.

Ancora una volta è in gioco una quantificazione del rischio complessivo dello screening (falsi negativi *versus* positivi) che non è oggettiva ma inevitabilmente soggettiva (da parte del medico) e individuale (da parte del paziente) e che persegue la probabilità "0" di falsi negativi, come se fosse possibile raggiungere questo traguardo nel singolo caso. O meglio, nella dimensione colletti-

va dello screening il rischio resta anonimo e impersonale - anche quello di incappare in falsi positivi - mentre nella relazioni duale medico-assistito il rischio passa dalla dimensione impalpabile delle valutazioni statistiche alla impersonificazione individuale e diviene così concreto, specie quello del temibile falso negativo. Il caso che potrebbe sfuggire allo screening, nel senso di un tumore sintomatico anaplastico non intercettato della mammografia biennale, potrebbe essere proprio quello della singola persona che il ginecologo ha di fronte a se!

Questa valutazione del rischio è motivata da esigenze difensive (la "paura" della denuncia) e porta con se emozioni negative, da una parte e dall'altra della scrivania, probabilmente frutto di precedenti esperienze personali di falsi negativi, forieri di pesanti conseguenze per chi ne è "vittima".

Questo aneddoto illustra in modo esemplare una delle antinomie del pensiero medico, descritte a suo tempo dallo storico della medicina Mirko Grmek, vale a dire la discrasia tra la dimensione individuale e quella collettiva.

## I numeri degli screening

I programmi organizzati di screening rappresentano una delle più vaste esperienze di sanità pubblica in Italia e incidono significativamente sul panorama della prevenzione. Nel corso del 2013 gli inviti per i tre programmi oncologici (mammografico, coloretale, cervicale) hanno superato gli 11 milioni. Più di 5 milioni e duecentomila persone hanno eseguito il test proposto (fonte: Osservatorio Nazionale Screening).

### ► Lo screening mammografico

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2011-13 il 70% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (82%) e al Centro (77%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (54%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 44% Calabria - 87%

Emilia-Romagna).

Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale: a livello nazionale si stima infatti che il 20% delle donne abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale rispetto al 36% dello screening cervicale. Sono comunque presenti significative differenze tra le Regioni (range: 6% Valle d'Aosta - 32% Liguria).

Nel periodo 2008-2013 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento. Questa crescita è risultata statisticamente significativa in ciascuna macro-area territoriale ed è più evidente

nelle Regioni del Sud.

È in lieve aumento sia la copertura all'interno dei programmi di screening sia quella al di fuori dei programmi organizzati.

### ► Il "pagamento" come indicatore

La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi:

- alcune donne effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati;
- alcune non ricordano esattamente la data di esecuzione;
- le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente la mammografia in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

# Un premio all'eccellenza scientifica

Il Premio internazionale per la ricerca scientifica Arrigo Recordati assegnato a due ricercatori per il prezioso contributo dei loro studi nell'ambito della prevenzione secondaria e delle strategie di riduzione del rischio in pazienti con malattie cardiovascolari

**P**romuovere la ricerca scientifica e stimolare i ricercatori a compiere nuove scoperte nel campo delle malattie cardiovascolari, con il fine ultimo del miglioramento della salute pubblica e del benessere individuale. È l'obiettivo del "Premio internazionale per la ricerca scientifica Arrigo Recordati", che quest'anno, ormai giunto alla sua VIII Edizione, era dedicato alla prevenzione secondaria e alle strategie di riduzione del rischio in pazienti con malattie cardiovascolari. L'importante riconoscimento, che prevede ogni 2 anni l'attribuzione di un premio di 100.000 euro a un ricercatore impegnato in strutture istituzionali, è stato assegnato a John Joseph Valentine McMurray, scozzese, e Salim Yusuf, indiano, per l'eccellente valore dei loro studi nell'ambito della prevenzione CV.

Alla cerimonia di premiazione, svoltasi in occasione del 25° Congresso Annuale ESH (European Society of Hypertension, Milano), il Prof. M. John Chapman, che ha presieduto la Giuria, ha sottolineato la motivazione che ha portato all'importante decisio-

ne: "Ciascun candidato ha dato contributi unici ed eccezionali agli studi e alle sperimentazioni cliniche sulla prevenzione secondaria, così come unico ed eccezionale è stato l'impatto del loro lavoro per lo sviluppo di nuove strategie per la riduzione del rischio nei soggetti con malattie CV".

## ► Il profilo dei premiati

- John Joseph Valentine McMurray, Prof. di Cardiologia Medica e coordinatore dell'attività di ricerca clinica dell'Institute of Cardiovascular & Medical Sciences dell'Università di Glasgow, Scozia, Regno Unito, ha sino a oggi pubblicato circa 700 lavori originali ed è stato recentemente annoverato tra i 400 ricercatori biomedici più influenti del mondo. È incluso nella lista *Highly Cited Researchers* 2014 come una delle menti scientifiche più influenti del mondo.
- Salim Yusuf, Prof. di Medicina e Direttore Esecutivo del Population Health Research Institute, McMaster University, Hamilton, Canada, nel corso degli ultimi 30 anni, ha avviato

un programma internazionale di ricerca sulle malattie CV e per la loro prevenzione culminato nella fondazione del Population Health Research Institute, un network di ricerca che collega oltre 1500 siti in 85 Paesi. È stato responsabile della formazione di oltre 100 ricercatori, fra cui svariati protagonisti di spicco nel campo della ricerca medica internazionale.

## ► L'impegno continua

"Le terapie biologiche per il trattamento di patologie e condizioni associate a un elevato rischio cardiovascolare" sarà il tema della nona edizione del Premio nel 2017. L'annuncio ufficiale, fatto alla cerimonia di premiazione, è di Giovanni Recordati, figlio di Arrigo Recordati e attuale Presidente e AD del gruppo farmaceutico, che ha ricordato il continuo impegno di Recordati nella ricerca, affermando: "Il Premio è stato istituito per portare avanti l'eredità di mio padre e per stimolare scienziati e ricercatori a compiere nuove scoperte a vantaggio della popolazione di tutto il mondo".

Le evidenze più attuali indicano ormai che lo studio e l'analisi della prevalenza dei fattori di rischio CV nei pazienti con patologie croniche, in particolare da malattie autoimmuni (artrite reumatoide, spondiloartrite, lupus eritematoso sistemico, psoriasi) sono estremamente importanti. Un controllo efficace dell'infiammazione può contribuire alla riduzione del rischio CV in queste patologie. Le sempre più numerose prove cliniche hanno evidenziato una crescente efficacia delle strategie terapeutiche basate sull'impiego di prodotti biologici, che riducono

in modo significativo l'attività della malattia e il livello di rischio CV presente nelle malattie autoimmuni.

Tuttavia in pratica clinica è necessario valutare con cautela il rischio-beneficio in termini di sicurezza delle terapie biologiche in questo contesto. In tal senso, è incoraggiante constatare che da un'importante metanalisi che ha valutato la possibile associazione tra farmaci biologici per la psoriasi ed eventi CV avversi maggiori, non è emerso un aumento significativo del rischio associato all'uso delle terapie biologiche (*Ryan C et al. JAMA 2011; 306: 864-871*).