

M.D.

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

Anno XXIII, numero 7 - ottobre 2016

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

**Addio medici di famiglia:
un'estinzione programmata?**

IL CASO

8

**La ricusazione si complica,
il medico deve spiegarne
tutti i motivi**

CLINICA

28

**Rinite allergica e asma,
due patologie
strettamente correlate**



Marina Rizzo

Fondatrice "Donne in Neuroscienze"

U.O.C. di Neurologia

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia e Cervello, Palermo

**Medicina di Genere e Medicina di Famiglia:
un connubio per la personalizzazione delle cure**



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

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Medicina di Genere e Medicina di Famiglia: un connubio perfetto 5
- **Focus on**
Addio medici di famiglia: un'estinzione programmata? 6
- **Il caso**
La ricsuzione si complica, il medico deve spiegare i perché 8
- **Contrappunto**
Sostituire medici con infermieri fa bene alle casse dello Stato? 9
- **Prospettive**
Il futuro della professione medica: la via tracciata dalla FNOMCeO 10
- **Esperienze**
Un progetto di assistenza domiciliare innovativo made in Napoli 11
- **Riflettori**
Lo stato dell'arte del 118 in Italia: le Regioni danno i numeri 12
- **Italia sanità**
A Trento parte il nuovo piano che taglia le guardie mediche 13
- **Ricerche**
Quanto sono "bianchi" i codici bianchi? 14

AGGIORNAMENTI

- **Dermatologia**
Cheratosi attinica: parola d'ordine prevenzione 22
- **Nefrologia**
Fattori predittivi di malattia renale nel DMT2 23
- **Neurologia**
Dalla via istaminergica nuova terapia per la narcolessia 24
- **Oncologia**
Sintomi e diagnosi precoce dei tumori testa-collo 25
- **Pneumologia**
Obiettivo eliminazione della TBC in Italia 26
- **Psichiatria**
Integrazione sociale dei pazienti affetti da schizofrenia 27

CLINICA E TERAPIA

- **Clinica**
Rinite allergica e asma, due patologie strettamente correlate 28
- **Pratica medica**
Ecografia, il plus della visita ambulatoriale 32
- **Terapia**
Il paziente obeso iperteso: inquadramento clinico e approccio terapeutico 34
- **Counselling**
Il valore terapeutico della compassione 44

Medicina di Genere e Medicina di Famiglia: un connubio perfetto

Il confronto tra specialisti e Mmg, inseriti in un contesto sempre più interessato alla Medicina di Genere, rappresenta un'esigenza non più declinabile al futuro. È con questa finalità che il progetto *Donne in Neuroscienze* si fa promotore di una rete permanente di dialogo fra professionisti del settore, con un coinvolgimento capillare sul territorio dei medici di medicina generale. L'intenzione è chiara: portare in studi medici e ospedali il concetto di 'diversità tra generi', per garantire a tutti il miglior trattamento clinico possibile. "In questo contesto - dichiara a M.D. la dottoressa **Marina Rizzo**, neurologa e fondatrice di 'Donne in Neuroscienze' - il medico di famiglia gioca un ruolo essenziale: è il primo professionista che si confronta col paziente, di cui ha conoscenza nel tempo, proprio per questo motivo dotare questo professionista di tutti gli strumenti per personalizzare sempre più le terapie è importantissimo. Non bisogna dimenticare che sia la patologia, sia le sue manifestazioni accessorie, come, per esempio, le componenti depressive legate a una malattia cronica invalidante, hanno differenze di genere non trascurabili".

"Come associazione - spiega - abbiamo ormai solidi rapporti con i Mmg per costruire quella presa in carico dei pazienti spesso auspicata, ma ancora poco realizzata. Una persona affetta da patologie neurologiche, ma non solo, con tutte le complicanze annesse, non ha mai un solo sintomo, ma porta con sé una rete complessa di problematiche che solo grazie al medico di famiglia possiamo affrontare: egli solo conosce davvero il suo paziente".

E circa la Medicina di Genere, la dottoressa Rizzo puntualizza: "puntiamo a una pratica clinica multidisciplinare. La Medicina di Genere non deve essere considerata, come accade in maniera errata, la medicina delle donne". Attraverso di essa si può contribuire a personalizzare la pratica clinica.

"Grazie al supporto del Mmg - conclude - custode del rapporto fiduciario e conoscitore della condizione unica di ogni assistito, la Medicina di Genere potrà coadiuvare l'appropriatezza clinica. Ogni persona, che si tratta di uomo o di donna, ha bisogno di cure specifiche".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Marina Rizzo

Addio medici di famiglia: un'estinzione programmata?

Entro sette anni un assistito su tre rischia di non avere il proprio medico di fiducia. A nulla sembrano essere valsi, in tempi non sospetti, i continui allarmi lanciati dalla professione alle Istituzioni su questa eventualità. Errori di programmazione, sottovalutazione della necessità di una riforma della Formazione in MG e la realizzazione di politiche vessatorie verso la Medicina Generale non sono state certo risposte adeguate

Simone Matrisciano

// Leggiamo questa crisi della Medicina Generale in termini di servizio e non solo di carenza di professionisti". Affermazione che detta dal Vicesegretario nazionale Fimmg **Pierluigi Bartoletti** suona come un monito alle Istituzioni: l'attenzione la rivolgiamo al medico, ma forse è il caso di capire che, con queste politiche che screditano la Medicina Generale, si fa del male prima di tutto al cittadino. In pochi anni ci ritroveremo con 16.115 medici di medicina generale in meno e, di conseguenza, 19.338.000 pazienti senza Mmg: una situazione apocalittica raccontata in tutte le salse dai media a seguito dell'annuncio fatto durante il 72° Congresso Nazionale Fimmg.

Bartoletti non le manda a dire: "realizzare politiche come quelle degli ultimi anni, che deteriorano in maniera costante l'immagine della Medicina Generale, porta ad un grave problema: il giovane medico che si iscrive al triennio di Medicina Generale, ne esce per entrare in qualunque altra specialità. Questo non aiuta, perché le persone vengono formate per un anno o due e poi ci si ritrova classi con molti colleghi in meno. Un danno che, oltre che alla professione, va considerato sempre più come un danno al cittadino".

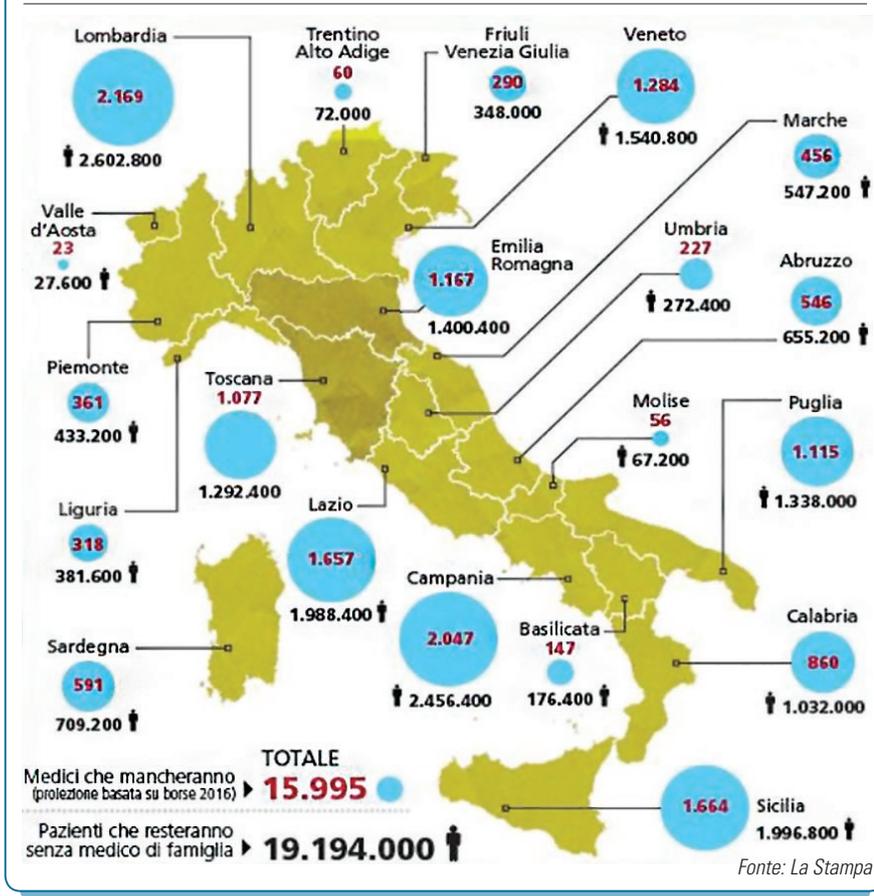
Bisogna uscire dalla visione della MG come serbatoio occupazionale, e se è vero che per problemi complessi non esistono soluzioni semplici, a detta del Vicesegretario Fimmg: "è altrettanto evidente che non basta incrementare gli ingressi o aumentare il valore delle borse; prima di tutto bisogna smetterla con gli errori di programmazione che vengono reiterati come se non ci fosse memoria degli inciampi passati. È bene non sganciarsi dal fatto che questa situazione oggi mediaticamente e politicamente in primo piano è stata annunciata anni fa: Fimmg in particolare ha cercato di accendere la spia d'emergenza anni addietro, mostrando come l'età media dei colleghi fosse alta e che in questi anni ci sarebbe stata la famosa gobba pensionistica caratterizzata dalla fuoriuscita di molti colleghi dalla convenzione, con annessi problemi in alcune regioni nel trovare i sostituti. Oggi, ed è forse l'unica differenza da quello che dicevamo anni fa, il problema si evidenzia molto marcato su tutto il territorio nazionale".

► La proposta Simg

Già, non basta incrementare gli ingressi o aumentare il valore delle borse. Proprio come sostenuto da un altro sog-

getto di primo piano nel mondo della MG, la Simg, la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie. Per bocca del Presidente **Claudio Cricelli**, Simg sostiene che: "le carenze derivanti dagli esodi per età o anzianità non si risolvono solo incrementando gli ingressi o solo aumentando il valore della borsa. Potremmo velocizzare l'accesso se intervenissimo già sulla disciplina dei corsi dell'anno prossimo, consentendo ai tirocinanti di fare domanda condizionata d'ingresso in graduatoria a gennaio del 2° anno: prima che a dicembre esca la graduatoria definitiva, il collega sarebbe in possesso di attestato di formazione. E chi avesse finito il corso nel 2020 sarebbe operativo già nel 2021". Un quesito che potrebbe essere affrontato su questa linea se, come sottolineato da Bartoletti, non ci fosse un problema che possiamo definire con la dovuta cautela 'di immagine' della MG, di percezione della stessa da parte dei giovani, sempre meno attratti da una professione che non rende, dal punto di vista economico e da quello strettamente professionale. "Possiamo raccontarci tutto quello che vogliamo, ma da qualche parte bisogna pur cominciare: non è possibile avere una professione medica, in senso lato, caratterizzata da figli e fi-

Carenza Mmg: la mappa



► Pensionamenti e prepensionamenti

Già, i medici anziani. Perché se l'attenzione è in gran parte rivolta alle scuole e ai giovani medici, i camici bianchi prossimi alla pensione sono quelli che preoccupano su altri fronti. Sono i colleghi che, secondo l'Enpam, sceglieranno di appendere il camice al chiodo entro il 2023 e lo faranno in molti casi perché sfiancati dal sistema burocratico. La stessa burocrazia che mette in pericolo l'ingresso dei giovani medici. Stando a quanto riferito, una delle cause principali del mancato ricambio generazionale sarebbe da rintracciare proprio nel numero chiuso delle scuole triennali *post-lauream* di MG; scuole finanziate dalle Regioni, che ammettono mediamente 900 borsisti ogni anno, contro una media di circa 3.000 medici in uscita. Ammesso che tutti e 900 gli iscritti riescano ad arrivare fino in fondo (cosa da mettere in dubbio secondo quanto affermato proprio da Bartoletti), riuscirebbero dunque a rimpiazzare meno di un terzo dei medici che scelgono di andare in pensione. Per questo il dubbio sorge quasi spontaneo: gli ingressi in queste scuole vengono così centellinati proprio in quanto scuole gestite dalle Regioni che non possono fare affidamento su grandi disponibilità economiche? "Bisogna aumentare i posti nelle scuole post-lauream di Medicina Generale - ha però tagliato corto il presidente dell'Enpam, **Alberto Olivetti** - altrimenti sul territorio rimarranno solo i pazienti".

gliastri, da camici bianchi di serie A e medici di serie B. La questione economica legata alle borse non è irrilevante e invade il campo della dignità della professione e del professionista: perché se il giovane attratto dalla professione del medico di famiglia riceve una borsa che a malapena raggiunge gli 800 euro e un collega che sceglie ortopedia (ma potrebbe essere qualunque altra specialità, ndr) ne riceve 1.700, qualcosa non va nella concezione che si ha (e forse si vuole avere) della Medicina Generale".

► Più risorse

Allarga il campo dell'analisi anche la Cgil Medici che, con **Massimo Cozza** - Segretario Nazionale - afferma: "prima di tutto è necessario avere i dovuti finanziamenti per garantire i Lea, a partire da almeno 113 miliardi nel 2017. Poi va individuato il fabbisogno di personale in base a criteri oggettivi, definiti a livello nazionale, tenendo

delle diverse esigenze regionali, e va programmato un piano straordinario di assunzioni. E ancora, va sbloccato il *turn over* in tutte le Regioni, anche per realizzare quel cambio generazionale fondamentale, fino ad oggi solo annunciato e poi dimenticato. Come va superato il precariato medico, e più in generale in sanità, con risorse mirate e subito istituita la laurea abilitante e messi a concorso tutti posti necessari per la scuole di specializzazione". Ma un ruolo di primo piano lo gioca anche il rinnovo del contratto: il nuovo Acn, a detta di diverse sigle sindacali, deve essere definito quanto prima, con le necessarie risorse nella Legge di Stabilità, per definire, in primo luogo, nuovi criteri per i turni di guardia e le reperibilità, a partire dalla notte, e nuovi percorsi professionali, da valorizzare anche a fronte dei tagli drastici delle strutture complesse e semplici, che hanno visto un progressivo *vulnus* alle carriere, soprattutto dei medici più anziani.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Pierluigi Bartoletti

La ricusazione si complica, il medico deve spiegare i perché

La turbativa del rapporto di fiducia potrebbe non essere più motivazione sufficiente. È quanto si evince da un caso avvenuto a Torino e dalle disposizioni in merito arrivate dalla Sisac in cui sottolinea che l'atto di ricusazione deve essere adeguatamente supportato da ragioni di eccezionale e accertata gravità

Francesco Gombia

Poter ricusare un assistito adducendo come motivo la turbativa del rapporto di fiducia: dovrebbe essere questa la regola (Acn comma 3 art. 41), ma un caso avvenuto a Torino potrebbe rimescolare le carte in tavola visto che la Sisac, chiamata in causa, ha sottolineato che la turbativa del rapporto di fiducia pur essendo un'importante causa di ricusazione, deve essere adeguatamente supportata da ragioni di eccezionale e accertata gravità in modo da non poter essere utilizzata come strumento di 'ritorsione' nei confronti di pazienti un po' 'scomodi'. Del caso in questione ne abbiamo parlato con **Luigi Di Caprio**, medico di medicina generale e membro dell'OMCeO di Milano che ha confermato questa eventualità. "La turbativa del rapporto fiduciario non basta più - precisa Di Caprio -. Abbiamo ricevuto dalla Sisac una comunicazione che mette in luce proprio questo: noi medici saremo costretti a motivare dettagliatamente la ricusazione di un assistito". Ma da dove arriva questa decisione della Sisac (che, ricordiamo, ha voce in capitolo nelle questio-

ni riguardanti l'Acn)? Ricostruiamo i fatti, facendoci aiutare proprio da Di Caprio.

► Il caso

"Pare che a Torino - spiega - un paziente ricusato (lo chiameremo Signor X, ndr) abbia fatto un esposto alla Asl di riferimento chiedendo spiegazioni sulla 'semplicitica' motivazione data dal suo medico di famiglia per ricusarlo. La Asl per motivi di *privacy* e adducendo ragioni legate all'applicazione della convenzione, ha dato ragione al medico". Questo in sintesi, ma al riguardo va precisato che anche il Comitato Consultivo Regionale (l'organismo istituito presso l'Assessorato delle politiche per la salute con funzioni consultive e propositive rispetto alla qualità dei servizi sanitari erogati dai servizi sanitari regionali) ha dato ragione al medico di famiglia. Capita però che un cittadino non si fermi di fronte alle prime risposte ricevute e faccia appello. Così è stato nel caso del nostro Signor X, che si è appellato al Difensore Civico Regionale, una figura istituita per tutelare i diritti dei cittadini nei confronti della Pubblica Ammini-

strazione. Detto, fatto. Il Difensore Civico si rivolge direttamente alla Sisac, la quale, dopo aver consultato anche il Ministero della Salute ha diramato la sua decisione.

"Il caso in questione va avanti ormai da quasi due anni!" - sottolinea Di Caprio.

"La direttiva della Sisac - continua - intende obbligare noi medici di famiglia a specificare i motivi della ricusazione di un assistito oltre la cessazione del rapporto fiduciario".

"Il vero nodo del problema - tiene ad evidenziare Di Caprio - è: perché la Sisac tra le motivazioni della sua decisione elenca anche la sentenza della Corte di Cassazione che si riferisce alla corresponsabilità tra Asl e medico di famiglia in caso di danno procurato dallo stesso medico (sentenza del 17 marzo 2015 n. 6243) che non ha alcuna attinenza col caso del Signor X?".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare il commento di Luigi Di Caprio

Sostituire medici con infermieri fa bene alle casse dello Stato?

Sì, secondo uno studio pubblicato dalla rivista *BioMed Central*, che ha suscitato molte critiche. Il presidente dell'OMCeO di Milano, per esempio, ne contesta l'impostazione: "Diagnosi e terapia - sottolinea - sono il fondamento dell'atto medico. Certe ricerche sono il frutto di una deriva economicistica che sta portando la sanità mondiale nel baratro"

Sostituire medici con infermieri? E perché no. Ogni tanto, stando a quanto apparso di recente sull'autorevole rivista *Bio-Med Central*, le pietre della discordia vanno smosse. Si tratta di uno studio condotto nei Paesi Bassi da un gruppo di ricercatori intenzionato a dimostrare come gli infermieri specializzati nella pratica diagnostico-terapeutica possano andare incontro ai bisogni di bilancio dello Stato, apportando un risparmio per le casse pubbliche più di quanto riescano a fare i colleghi medici. Detto, fatto, dimostrato. Dopo aver comparato un *team* composto da medici e infermieri con uno omogeneo fatto solo da infermieri i risultati hanno fornito un responso chiaro: meno prescrizioni di farmaci da parte degli infermieri (37% contro un più alto 43% dei camici bianchi), meno pazienti inviati ai servizi di emergenza come il pronto soccorso (5.1% contro l'11.5% dei medici), 2.4 visite a ora per quanto riguarda gli infermieri contro le 3 visite dei colleghi medici. Tradotto: medici costate di più!

► I dubbi

M.D. Medicinae Doctor ha chiesto un commento su questo studio a **Roberto Carlo Rossi**, Presidente

OMCeO di Milano: "Sento subito di dover dissentire dall'impronta lasciata da studi come questo svolto nei Paesi Bassi: dare, come si usa fare negli ultimi anni, sempre un'impostazione economicistica alla ricerca di 'chi costa di meno' o 'cosa ci fa risparmiare' sta portando la nave della sanità mondiale fuori rotta, alla deriva". Un mondo, quello della sanità, dove a sentir parlare Rossi si può dimostrare 'tutto e il contrario di tutto': "sono sicuro che riuscirei a dimostrare che altri operatori sanitari ben istruiti, magari con un corso dedicato di 6 mesi, possono assistere in maniera ancora più economica i pazienti rispetto agli infermieri, riducendo ancora più il tasso di ricoveri e le prescrizioni". Ci sono alcuni punti imprescindibili nel mondo medico: su tutti il rapporto fiduciario, spesso travisato quando non compreso fino in fondo: "pur essendoci un rapporto asimmetrico per definizione tra medico e paziente, si tratta pur sempre di una relazione paritaria: il paziente ha il suo medico, e il medico ha il suo paziente: dimenticare questo significa dimenticare la base stessa della Medicina Generale". È per questo motivo che l'Ordine dei medici di Milano, come altre istituzioni e sindacati, sta spingendo per mantenere alta la dignità di una professione attacca-

ta su più fronti (ricordiamo solo il tanto discusso rinnovo contrattuale e la querelle sull'appropriatezza prescrittiva, per citare due esempi ancora caldi nella memoria). "La figura del medico, e ancor più il Mmg, deve ritrovare un valore nella sfera sociale che oggi rischia di perdere, anche a causa di studi come quello citato. Per questo spingiamo per l'istituzionalizzazione del corso di specializzazione dedicato alla Medicina Generale". Infine, un doveroso riferimento ai colleghi infermieri, spesso oggetto inconsapevole (e incolpevole) di studi che scatenano le ire dei camici bianchi: "ha un enorme valore ragionare su come impiegare infermieri e personale di studio in maniera più efficace ed efficiente: la sinergia tra medico e infermiere è centrale per fornire la migliore assistenza possibile. L'aiuto dell'infermiere è prezioso, ma l'atto diagnostico e terapeutico è del medico e deve rimanere nelle sue mani".



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

Il futuro della professione medica: la via tracciata dalla FNOMCeO

Le rotte, le strategie, gli impegni dei prossimi anni per lo sviluppo della professione medica sono stati tracciati nel Documento del Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Medici, approvato all'unanimità, dopo un ampio dibattito. Il Documento è stato presentato di recente a Bari

Il Documento "Progettiamo il Futuro", approvato di recente dal Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Medici è una vera e propria Dichiarazione programmatica per lo Sviluppo della Professione che, partendo dalle risultanze della III Conferenza Nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica di Rimini, e dopo un complesso lavoro di revisione e implementazione, disegna, in maniera organica e articolata, le rotte, le strategie, gli impegni dei prossimi anni. Il Documento è stato presentato in tutti i suoi aspetti a Bari e, dopo ampio dibattito, approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale FNOMCeO. "La Terza Conferenza della Professione medica e Odontoiatrica di Rimini - si legge nell'*incipit* del Documento - ci ha detto, in modo inequivocabile, che la migliore difesa della nostra autonomia è la costruzione di una professione che si impegna a ricontestualizzare i nostri principi, i nostri valori, i nostri doveri ma anche i nostri diritti all'interno di un ambiente sociale, culturale ed economico in continuo cambiamento. [...].

I medici devono esprimere il loro parere sui problemi che assillano la società, dai delicati problemi di inizio e fine vita, alla cronicità, alla cura degli anziani e alla fragilità, dal costo della sanità alle contraddizioni del diritto, dai rischi ambientali, al consumerismo. È questo che la gente si aspetta e che restituisce autorevolezza e ruolo alla professione".

"Siamo arrivati a Rimini per guardare al futuro: ora abbiamo gli strumenti per farlo" aveva affermato il Presidente della FNOMCeO **Roberta Chersevani**, a chiusura dei lavori della III Conferenza. Ora questi strumenti sono a disposizione di tutta la Professione e al servizio dei pazienti e dei cittadini.

"Rivisitare il ruolo e i doveri del medico nella realtà presente multidimensionale - conclude infatti il Documento -, significa recuperare il senso più profondo di cura dove scienza, cultura, valori, sensibilità, utilità, modalità e soprattutto la personalizzazione permettono di accedere al malato quale persona per consolidare l'alleanza terapeutica".

Impegno e azione politica

► **La FNOMCeO nell'espletare il suo ruolo istituzionale si impegna a favorire:** la centralità della relazione di cura tra medico e paziente nell'organizzazione sanitaria; un giusto rapporto tra scienza e diritto e tra tecnologia ed etica; l'equità dell'accesso alle cure; la tutela ambientale; politiche responsabili nel campo della Scienza; la costruzione delle competenze e lo sviluppo professionale continuo.

► **Nella sua azione politica la FNOMCeO deve mirare a:** revisionare i criteri del finanziamento del Ssn; esigere che il Ssn sia finanziato da risorse certe e adeguate; promuovere l'educazione alla salute; contrastare l'informazione fuorviante ed inappropriata; collaborare con la magistratura; favorire un corretto rapporto tra Ordini e Sindacati e una maggiore collaborazione con le Società Scientifiche; difendere la professione.

Un progetto di assistenza domiciliare innovativo made in Napoli

Grazie alla collaborazione tra l'associazione Salute in Collina, l'azienda ospedaliera universitaria Federico II e i Mmg, nel capoluogo campano si stanno sviluppando modalità innovative nella gestione delle patologie croniche sul territorio, in particolare nella presa in carico domiciliare degli anziani

Durante il Forum della Sostenibilità e Opportunità nel settore salute svoltosi a Firenze, *M.D.* ha avuto modo di confrontarsi con la dottoressa **Maddalena Illario** dell'A.O.U Federico II di Napoli, capofila di un progetto innovativo di assistenza ai malati cronici e fragili sul territorio napoletano.

Il progetto, che vede il coinvolgimento dei Mmg, fa riflettere sull'universalità (è il caso di dire) sempre meno marcata del nostro sistema sanitario nazionale; una carenza che spinge in primo piano nuove idee come quella presentata dalla dottoressa Illario.

“La nostra interazione con i medici di famiglia è centrale per il progetto, e si svolge attraverso la collaborazione con un'organizzazione *no profit* di pazienti. Sono coinvolti più di 20 medici di medicina generale presenti sul territorio napoletano”. Entrando più nel dettaglio spiega: “l'associazione che si chiama ‘Salute in Collina’ ci aiuta a dialogare con i pazienti anziani per implementare un progetto finalizzato all'individuazione precoce degli elementi che possono mettere a rischio di fragilità quelli che vivono a casa propria e che non hanno già rapporti con strutture di secondo livello. Si annidano rischi occulti all'interno delle nostre abitazioni. Possiamo così intervenire con azioni mirate e ‘leggere’, sia a livello di impatto sul paziente sia a livello di costo per il sistema sanitario”.

► Il ruolo dei Mmg

I medici di famiglia hanno svolto, e svolgono, un ruolo chiave: fotografano la situazione in alcuni bacini di utenza del Vomero (un quartiere di Napoli) grazie a specifiche schede di fragilità. Parliamo di un bacino di circa 20.000 persone e promuovono campagne di prevenzione che grazie a queste relazioni potranno partire lì dove il Servizio Sanitario Nazionale non arriva. Lo scopo intrinseco della collaborazione tra l'azienda ospedaliera universitaria Federico II e i medici di famiglia è quello di sviluppare e mettere in campo modalità innovative nella gestione delle patologie croniche, in particolare nella presa in carico degli anziani. “Sono già in corso valutazioni degli impatti che il progetto ha avuto e sta avendo in termini di prevenzione sul fronte clinico, per esempio per quanto riguarda declino cognitivo e malnutrizione e sulle ri-ospedalizzazioni, legate alla ricorrenza di eventi acuti, ma anche circa l'adeguatezza dell'aderenza ai dettati prescrittivi, soprattutto per chi ha più malattie croniche”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Maddalena Illario

Lo stato dell'arte del 118 in Italia: le Regioni danno i numeri

A Roma durante il Convegno Nazionale dello Smi sullo stato dell'arte del 118 è stata illustrata una situazione preoccupante. I servizi di Emergenza Urgenza, malgrado le varie riorganizzazioni territoriali, si diversificano troppo da Regione a Regione

Dura denuncia del Sindacato dei Medici Italiani (Smi) durante il convegno svoltosi a Roma sullo stato dell'arte della rete emergenza urgenza nel nostro Paese: "Servizi disomogenei ed esternalizzazioni mettono a rischio la salute dei cittadini. L'ipotesi di smantellamento della guardia medica notturna rappresenterebbe il colpo di grazia". Il vice segretario generale, **Mirella Triozzi**, curatrice del nuovo Libro Bianco sullo stato del settore, ha ricordato come, "già nel 2004 Smi (al tempo Cumi Aiss) realizzò il libro bianco sul 118 analizzando, Regione per Regione, lo stato e le modalità di implementazione del sistema, e denunciando come: "la fase organizzativa si fosse sviluppata in maniera troppo diversa e disomogenea tra le diverse realtà regionali e addirittura aziendali". Da allora sembra che nulla sia cambiato, anzi, la situazione risulta peggiorata. Oltre allo strutturarsi di diversi modelli organizzativi che diversificano anche l'assistenza erogata, oggi bisogna fare i conti con ulteriori criticità tra cui l'accorpamento delle centrali operative dell'Emergenza Urgenza e la riduzione delle fasce orarie di attività.

► Troppi tagli

"A distanza di 12 anni - dichiara Triozzi - la situazione non è cambiata". "Dal Dpr 27.3.1992 e suc-

cessive Linee Guida del 1996 - prosegue - la legislazione nazionale è intervenuta su più aspetti: numero unico 112, riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, formazione, flussi informativi, elisoccorso, standard, lo ha fatto prevalentemente con Intese Stato-Regioni e nella forma delle Linee Guida. Il tutto in un contesto di grande riorganizzazione dei Sistemi Sanitari Regionali, di riduzione dei finanziamenti, con dieci Regioni sottoposte a piani di rientro (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia) di cui 5 commissariate (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria). Queste Regioni sono state costrette a sottoscrivere un piano triennale finalizzato al pareggio di bilancio attraverso una riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali. I Piani di rientro miravano alla 'ottimizzazione ed efficientamento' del Ssr che a lungo andare però hanno finito per impoverire la qualità e la quantità dei servizi erogati".

"Ebbene, il sistema 118 - spiega Triozzi - sia nelle Regioni in piano di rientro sia nelle altre, è stato oggetto di numerosi provvedimenti regionali che nelle intenzioni dovevano mettere a regime il sistema implementando e/o ottimizzando le varie componenti, ma di fatto è stato oggetto solo di interventi volti a ridurre i costi".



A Trento parte il nuovo piano che taglia le guardie mediche

13 sedi e circa 50 medici di guardia in meno. È quanto disegna la nuova mappa della continuità assistenziale in Trentino, tratteggiata dall'azienda sanitaria sul parametro di riferimento indicato dalla Giunta provinciale: un medico ogni 5 mila abitanti

Boccia la proposta delle opposizioni con cui si chiedeva di impegnare la Giunta a "sospendere l'applicazione del deliberato che taglia il numero di guardie mediche e i rispettivi presidi sul territorio", in Trentino si dà il via al nuovo piano della continuità assistenziale che vede una contrazione significativa dei presidi di guardia medica con annessi medici di continuità assistenziale, per l'esattezza vengono tagliati 13 presidi e 50 medici di guardia.

► La mappa

L'azienda sanitaria ha disegnato la nuova mappa del servizio sul parametro di riferimento indicato dalla giunta provinciale che è quello di un medico ogni 5 mila abitanti. Il Trentino è stato così suddiviso in 19 aree, più o meno grandi, in cui 106 medici di guardia faranno a turno per garantire l'assistenza sanitaria di base anche la notte o durante i turni festivi. Tenendo conto della densità dei Comuni e del parametro indicato dalla Provincia, l'accorpamento delle aree produrrà un contro senso: gli abitanti dei centri maggiori avranno un servizio con minori distanze e un maggior numero di medici in turno. Infatti ogni sede permanente del servizio di continuità assistenziale potrà contare su 4 medici, ma nei centri di dimensioni maggiori il numero di camici bianchi aumenta: saranno 22 a Trento,

8 a Pergine Valsugana, Riva del Garda e Rovereto, per un totale di 106 medici.

► Motivazioni e critiche

L'assessore alla salute **Luca Zeni** al riguardo ha dichiarato che se sarà necessario verranno introdotti dei correttivi, ma c'era la necessità di cambiare un sistema che non poteva funzionare: "C'erano medici - ha specificato - che rispondevano ad appena 4 chiamate a turno. Con il nuovo piano ci aspettiamo che questo numero salga almeno a 10-12 interventi per turno".

Ma l'opposizione in Giunta ribatte che la visione complessiva del piano di riordino della continuità assistenziale presenta dei lati oscuri: "considerato che a fronte di risparmi teorici ottenuti dai tagli dei servizi sul territorio risponderà una progressiva centralizzazione della sanità, con aumento degli accessi nei Pronto soccorso principali e conseguente calo della qualità del servizio". "Il presidio di guardia medica - concludono gli esponenti della minoranza - viene percepito come un servizio di assistenza fondamentale per i cittadini, soprattutto per quelli che vivono nei territori periferici della nostra provincia e che già manifestano insofferenza per la perdita progressiva di altri servizi sanitari essenziali".

Quanto sono “bianchi” i codici bianchi?

Studio osservazionale retrospettivo sui codici verdi e bianchi all’uscita dal Pronto Soccorso in un campione di pazienti della Medicina di Gruppo Integrata di Nogara: numerosità, complessità, definizione e loro ricadute sulla Medicina Generale

Giuseppe Crivellenti*, Vanni Zane*, Anna Rosa Marchetti**

*Medicina Generale, Nogara (VR); **Medicina Generale, Villa Bartolomea (VR)

Il fenomeno degli accessi impropri in Pronto Soccorso - in Italia definito come codici bianchi - è ubiquitario in tutti i Paesi europei ed extraeuropei, con numeri che arrivano al 25% in Italia, 30% in Francia e 35% in Norvegia. Le motivazioni sociali, culturali, mediche, psicologiche, tecnologiche ed economiche che sono alla base di questo fenomeno, sono oggetto da anni di molte ricerche e ampi dibattiti. Ma nonostante ciò, da più parti la Medicina Generale viene accusata di non saper contrastare l’abuso dei servizi di emergenza/urgenza per carenze culturali, strutturali e organizzative e viene portata avanti l’idea che una maggiore presenza dei medici di Medicina Generale, ad esempio nelle vari forme di aggregazione professionale, dia di per sé la garanzia di una riduzione degli accessi impropri. Ma su quali prove si basa questa convinzione?

Lo scopo di questa nostra ricerca è quello di analizzare in un campione, limitato ma significativo, la modalità di gestione dei codici bianchi in Pronto Soccorso (PS), evidenziare l’asimmetria tecnologica e organizzativa tra il territorio e l’ospedale e quindi collocare il fenomeno nel giusto contesto e nelle sue corrette dimensioni.

► Introduzione

A.V. è un ragazzo di 15 anni. Si presenta in Pronto Soccorso per un trauma distorsivo alla caviglia, con tumefazione, dolore, limitazione funzionale. Viene sottoposto alla visita per l’accesso, viene eseguita una radiografia della caviglia, che non evidenzia fratture, una visita ortopedica e il confezionamento di un bendaggio alla colla di zinco tibio-podalico. Gli viene assegnato un codice bianco. Il costo dell’accesso e delle prestazioni ammonta a 89.05 euro. Il caso presentato ha richiesto numerosi interventi, in tempo reale, comunque non differiti nel tempo (una visita specialistica, una radiografia, il posizionamento di un tutore).

Ci chiediamo: l’esempio descritto e cioè la presenza di più prestazioni anche complesse, rappresenta una eccezione o rappresenta invece la tipologia usuale di un codice bianco gestito in Pronto Soccorso?

La domanda non pare di poco conto, in considerazione della numerosità di accessi definiti con codice bianco, delle ricadute sulla organizzazione sanitaria territoriale e ospedaliera e sui rapporti con la medicina di base.

► Il contesto normativo

La regione Veneto, con Dgr n. 1868 del 15 novembre 2011, pubblicata sul *BUR* n. 96 del 20 dicembre 2011, ha stabilito i criteri per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal PS. In particolare l’allegato A stabilisce che devono essere classificati come “codice bianco alla dimissione” tutti gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso bianco o verde che non rientrano in determinati parametri clinici di gravità. Tutti gli accessi classificati come “codice bianco alla dimissione” sono assoggettati al pagamento della quota fissa prevista e del ticket sulle prestazioni erogate.

► Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo su tutti i referti di dimissione dal Pronto Soccorso registrati in un periodo di 7 mesi - dal 01.09.2015 al 31.03.2016 - in una popolazione di 2.850 assistiti, facenti capo a due medici della Medicina Integrata di Nogara (VR), ULSS 21. I dati sono stati estratti dalle schede individuali dei pazienti inserite nel programma gestionale *Medico2000*.

Nel nostro studio abbiamo preso in esame solamente i codici bianchi e verdi, registrando nella scheda predisposta per la raccolta dati: la sede del Pronto Soccorso (regionale o extra regionale), l'orario di accesso (diurno o notturno), l'età del paziente (> o < a 65 anni), la eventuale esecuzione di indagini come: esami ematochimici, prestazioni strumentali di primo livello: radiografia, ecogra-

fia, elettrocardiografia; di secondo livello (TAC) e consulenze specialistiche.

► Risultati

Nei 7 mesi di osservazione, sono stati registrati 222 accessi in Pronto Soccorso, dei quali 13 con codice giallo, 129 con codice verde e 80 con codice bianco. I codici bianchi rappresentano quindi, nella no-

stra casistica, il 36% degli accessi in PS, i codici verdi poco oltre il 58% e i codici gialli meno del 6% del totale degli accessi (figura 1). Per quanto riguarda l'età dei soggetti che si sono recati in Pronto Soccorso, 93 (44.5%) hanno più di 65 anni e 116 (55.5%) sono di età compresa tra 18 e 65 anni (figura 2). In 37 casi è stata scelta una struttura fuori regione (17,7%) mentre nel 82,3% ci si è rivolti a strutture regionali con prevalenza, naturalmente, delle strutture della ULSS 21. È opportuno osservare che il comune di Nogara dista solo 15 km dal presidio ospedaliero lom-

Veneto: i criteri per la definizione dei codici bianchi

Il Dgr n. 1868 del 15 novembre 2011, pubblicata sul BUR n°96 del 20 dicembre 2011 ha stabilito i criteri per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso. In particolare l'allegato A stabilisce che devono essere classificati come "codice bianco alla dimissione" tutti gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso bianco o verde che non rientrano tra i seguenti: 1. esitati con proposta di ricovero in ospedale; 2. che abbiano determinato una sosta in Osservazione Breve Intensiva di durata superiore a 4 ore; 3. conseguenti a traumatismi che abbiano determinato una frattura, una lussazione, una ferita che abbia richiesto sutura o applicazione di colla biologica o una distorsione che abbia richiesto applicazione di apparecchio gessato; 4. conseguenti a ustioni di I grado di estensione superiore al 18% della superficie corporea o ad ustioni di maggiore gravità; 5. conseguenti a ingestione/inalazione di corpo estraneo che richieda estrazione strumentale; 6. conseguenti a intossicazione acuta, limitatamente ai casi rientranti nelle ipotesi 1 o 2 del presente elenco; 7. che abbiano rilevato condizioni di rischio legate allo stato di gravidanza; 8. derivanti dall'invio in Pronto Soccorso da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale con una esplicita richiesta di ricovero ospedaliero e come tali sostitutive di un ricovero evitabile. Sono inoltre classificati come codice bianco alla dimissione tutti i pazienti, con qualsiasi classificazione di triage di accesso, che autonomamente lasciano il Pronto Soccorso prima della chiusura dell'accesso... Gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso bianco o verde che rientrano tra quelli previsti ai precedenti punti da 1 a 8 devono essere classificati "codice verde alla dimissione" (...). Tutti gli accessi classificati come "codice bianco alla dimissione" "sono assoggettati al pagamento della quota fissa per l'accesso e del ticket sulle prestazioni erogate" (...). Tali criteri sono stati aggiornati con l'allegato A alla Dgr n. 1513 del 12 agosto 2014, che conferma gli 8 punti previsti in precedenza, con l'aggiunta di altre due condizioni (in grado di escludere un codice bianco, ndr): "9. relativi a vittime di eventi riconducibili ai reati di cui ai seguenti articoli del Codice Penale (...) 10. conseguenti ad una complicanza di un intervento chirurgico eseguito entro i 30 giorni antecedenti la data dell'accesso, esclusivamente nei casi in cui non sia possibile l'accesso diretto del paziente al reparto che ha eseguito l'intervento ed esclusi i casi in cui l'accesso avvenga in difformità rispetto alle indicazioni fornite dallo specialista consultato dal paziente (...)" per il resto, l'allegato si occupa della applicazione della quota di accesso e della compartecipazione alla spesa.

Figura 1

Codice alla dimissione

- Giallo (13)
- Verde (129)
- Bianco (80)

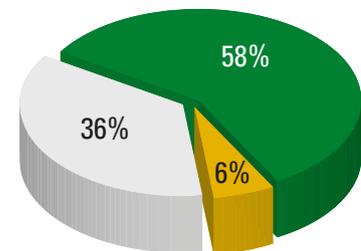


Figura 2

Età dei soggetti recatisi in PS

- >65 (93)
- <65 (116)

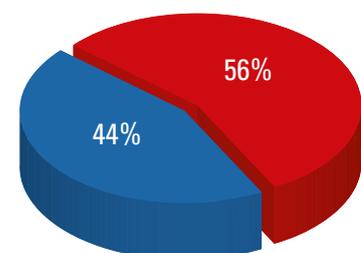


Figura 3

Utilizzo strutture regionali ed extra regionali

- Veneto (185)
- Altre (37)

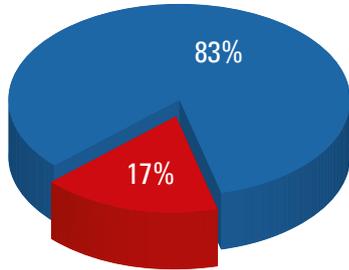
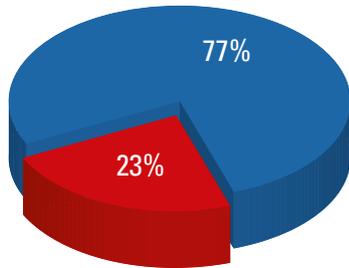


Figura 4

Orario di accesso

- Diurno 8-20 (161)
- Notturno 20-8 (48)



bardo di confine e 25 km dal Pronto Soccorso di Legnago (figura 3). Per quanto riguarda l'orario di accesso, in 48, cioè il 22.97%, l'accesso è avvenuto dalle ore 20 alle ore 8, mentre in 161 casi l'accesso è avvenuto tra le 8 e le 20, cioè nel 77.03%. In 21 casi (26.25%) l'accesso notturno riguarda i codici bianchi, in 27 casi (21%) si tratta di un codice verde (figura 4).

Nei codici verdi, una visita specialistica è stata eseguita in 69 casi (53.49%) un esame strumentale in 90 casi (69.77%), gli ematochimici in 66 casi (51.16%), un esame strumentale di secondo livello (TAC) in 17 casi (13.18%) (figura 5). Per quanto riguarda i codici bianchi, in 32 casi sono stati eseguiti ematochimici (40%), in 42 casi accertamenti strumentali (52.50%), in 2 casi un esame strumentale di secondo livello (TAC), in 38 casi una visita specialistica (47.5%) (figura 6).

Come prevedibile, i codici verdi registrati nel nostro studio hanno richiesto l'esecuzione di ulteriori accertamenti nella quasi totalità dei casi (91%), ma il dato rilevante è che anche nei pazienti dimessi con codici bianchi, i cosiddetti accessi improprio,

sono stati eseguiti esami ematochimici o strumentali o visite specialistiche in ben l'81.3% dei casi.

► Discussione

Da molti anni si parla dei codici bianchi, identificati *tout court* come accessi impropri nelle strutture di PS, responsabili dell'affollamento dei dipartimenti di emergenza e onerosi dal punto di vista economico e si invoca una maggior presenza della medicina del territorio per intercettare questi pazienti. Ma la Medicina Generale può realmente contrastare questo fenomeno?

Lo scopo di questa ricerca è duplice: quello di rispondere con la chiarezza dei numeri alle critiche che da più parti sono mosse inerenti a una sostanziale inefficienza e latitanza dei medici di medicina generale, sia singoli che nelle forme più evolute dei vari modelli delle medicine di gruppo, nel contrastare i troppo numerosi accessi impropri, nonché dimostrare l'ineadeguatezza dell'assunto di considerare l'attribuzione del codice bianco come giudizio di accesso non appropriato.

Figura 5

Accertamenti codici verdi (129)

- Si (118)
- No (11)

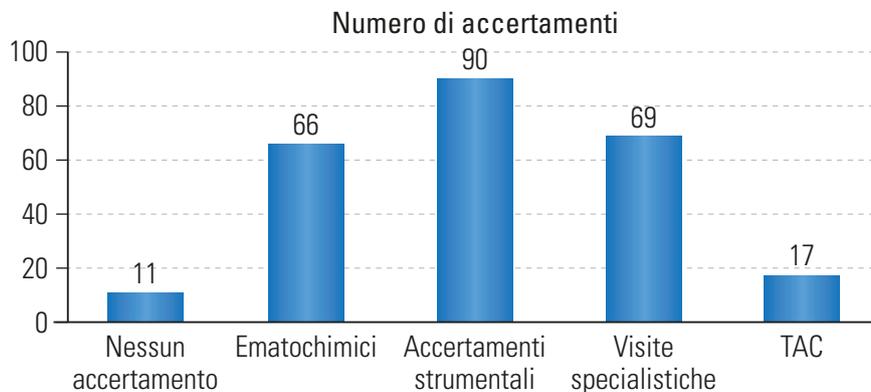
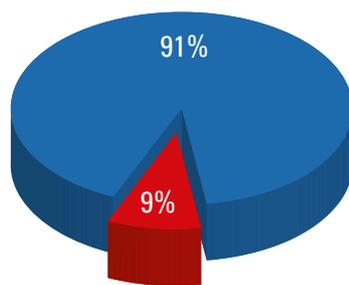
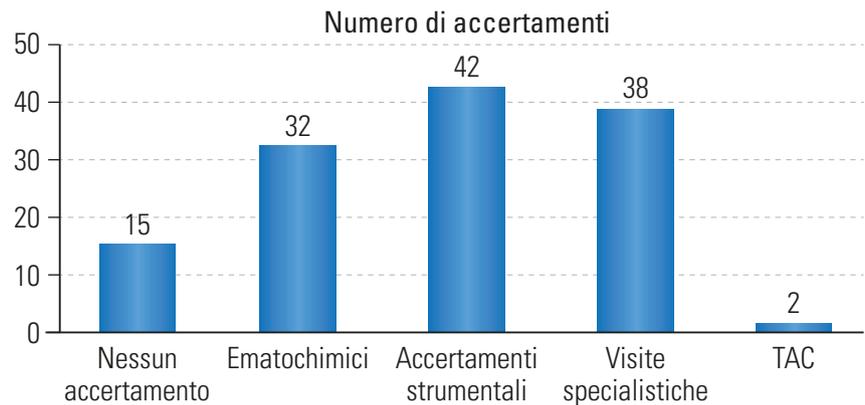
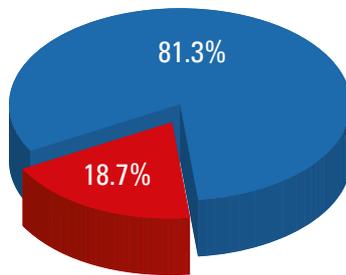


Figura 6

Accertamenti codici bianchi (80)

■ Sì (65)
■ No (15)



► Perché i cittadini continuano ad andare in PS anche per problemi "non urgenti"?

L'analisi delle determinanti degli accessi inappropriati si è finora concentrata da un lato, sulle aspettative e i comportamenti dei pazienti e, dall'altro, sulle caratteristiche funzionali e organizzative della Medicina Generale. Poche ricerche hanno finora indagato statisticamente la modalità di gestione dei codici bianchi e verdi nella realtà del dipartimento d'emergenza, come concausa della persistenza del fenomeno.

• **Il punto di vista dei pazienti.** Analizzando i risultati di vari lavori in letteratura che hanno indagato le opinioni e le aspettative dei pazienti, possiamo affermare che i principali motivi addotti a giustificazione del ricorso al Pronto Soccorso sono principalmente: una percezione distorta della gravità/urgenza del proprio problema, la possibilità di ricevere in breve tempo un consulto specialistico e/o un esame strumentale, una scarsa fiducia nella Medicina Generale e ad una insoddisfazione per i suoi orari di apertura. In genere i pazienti si recano in Pronto Soccorso spontaneamente, sen-

za preavvisare il medico che viene informato - e non sempre - solo a posteriori. Nella nostra casistica viene privilegiata la struttura della USL di appartenenza, ma 1 su 5 si rivolge a strutture della regione confinante, la Lombardia, che esercita una potente attrattiva per la vicinanza e per la qualità percepita dei servizi offerti. L'orario degli accessi al Pronto Soccorso nel nostro campione è in linea con altre ricerche esistenti e conferma il maggior ricorso in orario diurno (8-20) quando il PS mette più facilmente a disposizione il suo potenziale tecnologico e tutti i servizi di consulenza sono facilmente disponibili. Il pagamento del ticket non appare un deterrente efficace: nella nostra casistica, almeno nei codici bianchi e verdi (*fig. 2*), prevalgono i soggetti sotto i 65 anni (55.4%) in età lavorativa e in maggioranza non esenti *ticket*, non la parte di popolazione più anziana e malata. Questi soggetti più "giovani" non accettano di sottostare ai percorsi usuali di attesa, ma chiedono risposte veloci ed esaustive come solo la conferma tecnologica può dare, anche se viene richiesta una compartecipazione alla spesa. Non abbiamo volutamente indagato

le opinioni dei pazienti in merito alla percezione di effettivo bisogno di assistenza immediata né alla fiducia nel proprio medico personale, perché già oggetto di altre ricerche che portano alla conclusione che il paziente si rivolge al Pronto Soccorso anche se ha fiducia nel proprio medico.

• **L'organizzazione della medicina territoriale è adeguata?** La medicina di gruppo di Nogara dopo tre anni di attività non sembra aver ancora modificato in modo incisivo i comportamenti degli assistiti: il fatto che dalle ore 8 alle ore 20 sia presente in una sede definita, in maniera organizzata, logisticamente vicina, un Mmg disponibile ad occuparsi di problematiche che riguardano tutti i pazienti, non è sufficiente a renderla concorrenziale col Pronto Soccorso. Come illustrato nella *fig. 4*, i dati della nostra ricerca confermano picchi di accesso al PS negli orari diurni, quando gli studi dei medici sono aperti e disponibili. Questo dato, peraltro già evidente in altre analoghe esperienze, dovrebbe disinnescare la polemica sulla scarsa presenza della MG sul territorio che, per quanto ben organizzata, non può esprimere la tecnologia di un Pronto Soccorso e soddi-

sfare l'aspettativa fideistica dei pazienti negli esami e nella tecnologia. La possibilità di avere "subito" una diagnosi con il conforto di una conferma strumentale o ematochimica o specialistica in tempo reale, domina l'immaginario collettivo e rende incolmabile il *gap* tra la MG, per quanto organizzata e per quanto presente, ed una struttura di PS.

• **L'attuale definizione dei codici identifica l'inappropriatezza?**

La stima della entità del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, in letteratura, trova valori assai variabili che dipendono dai diversi modi di identificare i pazienti o le situazioni cliniche che potrebbero aver avuto sbocchi alternativi. Se l'inappropriatezza è definita come mancanza di urgenza del trattamento (in entrata), le stime di studi europei evidenziano una media di circa il 30% di visite non urgenti. Qualora invece l'inappropriatezza sia definita dal colore del *triage* medico all'uscita, i risultati sono variabili a causa delle diverse definizioni del *triage*, con valori di inappropriatezza più elevati, dal 40 fin anche all'80% dei casi.

Su questa linea si pone la normativa della regione Veneto, che individua una serie dettagliata di situazioni che, quando si verificano oppure quando non si verificano, determinano il colore del *triage* in uscita. Se esaminiamo l'iter diagnostico nei codici bianchi e in egual misura nei codici verdi non traumatici, la sola visita medica esaurisce l'iter diagnostico solo nel 18% dei casi. In tutti gli altri casi il ricorso ad accertamenti ematochimici, strumentali e specialistici è massiccio. Cioè, in un contesto definito di assoluta non urgenza vengono espletati esami in urgenza. Questa situazione configura una disparità di trattamento notevole a seconda che il soggetto si trovi ad essere in un ambulatorio

sul territorio oppure in un Pronto Soccorso. Significa che l'accesso in Pronto Soccorso viene definito inappropriato dopo un iter che non rispetta le regole di appropriatezza temporale (sorvoliamo sull'appropriatezza clinica), richieste nell'ambito della medicina del territorio.

Oppure, il quadro si presenta complesso e merita, all'ingresso, un colore di codice diverso, verde o giallo, che diventa miracolosamente bianco dopo una serie di accertamenti, ritenuti necessari per definire il quadro clinico. In questo caso non è corretto definire inappropriato l'accesso in Pronto Soccorso.

Rimangono solo un 18% di accessi che non richiedono accertamenti (*fig. 6*) e che potrebbero essere espletati con tranquillità dalla medicina di base. Questi numeri ci sembrano più corretti.

I nostri dati dimostrano che i pazienti che accedono al Pronto Soccorso in condizioni cliniche che non configurano un pericolo di vita in atto e neppure una situazione clinica urgente, vengono definiti come codici bianchi o verdi alla dimissione dopo una serie, nella quasi totalità dei casi, di accertamenti ematochimici, strumentali e specialistici eseguiti in tempo reale.

► **Conclusioni**

La Regione Veneto nel 2011 ha normato la definizione e scelto il colore del *triage* in uscita per definire il grado di appropriatezza dell'accesso al Pronto Soccorso e di conseguenza, il pagamento del *ticket*. Questa definizione di criteri precisi e circostanziati si era resa necessaria per la grande valenza che un PS esercita in termini di efficienza del sistema sanitario, per organizzare in qualche modo un iter di garanzia per la definizione di una diagnosi e ridurre il

marginale di discrezionalità del medico di Pronto Soccorso, con le conseguenti implicazioni economiche.

Attraverso quali e quante procedure si arrivi a determinare il codice in uscita rappresenta il fulcro della nostra ricerca.

Dai nostri dati si ricava che solo in pochi casi l'iter viene definito attraverso la sola visita di accesso. In tutti gli altri si ricorre ad accertamenti ematochimici e clinico-strumentali, utilizzando in tempo reale la tecnologia esistente in loco o diffusa in tutti i reparti dell'ospedale al quale il Pronto Soccorso è aggregato.

Questo significa che, almeno alla presentazione, il quadro clinico non è chiaro e richiede accertamenti, oppure che gli accertamenti eseguiti, nonostante un quadro clinico non problematico, non sono appropriati. Nel primo caso, risulta evidente che l'accesso non può essere considerato inappropriato. Nel secondo caso si apre un problema di "eccesso di accertamenti" e "medicina difensiva" che si ripercuotono negativamente su tutto il nostro sistema sanitario e non educano il cittadino al buon uso del servizio di emergenza-urgenza.

Non sembra quindi corretto utilizzare il numero di codici bianchi in uscita, così come sono definiti dalla normativa, per accusare di scarsa efficienza la Medicina Generale. Solo una piccola parte di essi, come abbiamo evidenziato, può essere ricondotta ad una gestione ambulatoriale.

I casi rilevati nel nostro studio sicuramente "bianchi" e "sfuggiti" alla Medicina Generale sono alla fine del periodo, solo 15. Per due medici e per sette mesi. Un caso al mese. Un po' poco per definire inadeguata e latitante la Medicina Generale.

Bibliografia disponibile a richiesta

Medicina non violenta. Scienza della nutrizione etica

a cura di **Francesco Del Zotti** - Direttore di Netaudit, Medicina Generale - Verona

► Oggi il medico contemporaneo per “lavorare” deve assorbire nella sua mente e sul suo monitor una miriade di codici computerizzati. Il suo software di cartella gli presenta una enorme “battaglia navale” in cui egli deve inserire tutto in caselle simil-cimiteriali: un codice diagnosi; un codice farmaco; un codice test; un codice visita; un codice sotto-visita; un codice-disagio X,Y,Z.

Un professore di Logica, digiuno di linguaggio tecnico, oggi non riesce ormai più a scoprire se quel compilatore della cartella sia un medico o un veterinario o un botanico o un geologo.

Ebbene in un mondo del genere sopravvive ancora un medico veronese, il dottor Riccardo Trespidi, che fa prorompere dalle pagine del suo libro “*Medicina non violenta*” (13 Lab Edition Ltd, 2016) l'intreccio potente della sua vita di persona umana, di medico di medicina generale, di terapeuta.

Mentre nella medicina contemporanea avanza il grigiore teleburocratico, il dottor Trespidi ci presenta lo straordinario caleidoscopio dei suoi cani, gatti, ortaggi, alimenti vegetali, ricette culinarie vegetariane. Il tutto è condito nella profumata salsa di storie personali e professionali autentiche e particolari: il conflitto con la famiglia quando per un evento a suo modo drammatico

sceglie di non mangiare più derivati da “persone animali”; l'occupazione per giorni del canile municipale, quando era stato deciso di sopprimerne i cani.

Il libro di Trespidi arriva sulla mia scrivania assieme a diversi articoli e libri consigliati da un collega, gastroenterologo e scienziato dell'alimentazione: il dottor Giovanni Misciagna. Essi in maniera inoppugnabile descrivono i danni, da molti di noi sottoestimati, degli alimenti di origine animale. Un'altra lettura di questi giorni complementa l'opera di Trespidi. Si tratta dell'editoriale del recente settimanale *Internazionale* (2016; 1154), in cui si riferisce del documentario di Kip Andersen e Keegan Kuhn. Esso prende spunto da un rapporto della FAO in cui si spiega che i processi coinvolti nell'allevamento di animali generano il 18% delle emissioni globali di gas serra legate alle attività umane, una quota superiore a quella dell'intero settore dei trasporti; si spiega inoltre che l'allevamento è anche la causa principale del degrado ambientale e del consumo di risorse (per un solo hamburger servono 2.500 litri d'acqua).

Ma, al di là delle importanti concrete questioni mediche e sociali,



intersecate con l'alimentazione, il libro di Trespidi ha un profumo antico: quello di un professionista che pratica a tutto tondo la filosofia di vita della medicina ippocratica, rafforzata da una visione gandhiana.

In un'epoca in cui sembra che valga solo l'orientamento al futuro, non dovremmo mai dimenticare che l'antichità di certi valori è senza tempo: al pari di antichi ulivi millenari ancora vitali, l'albero ippocratico, anche grazie a colleghi come Trespidi, si rinnova e fruttifica ad ogni nuova stagione.

AGGIORNAMENTI



■ DERMATOLOGIA

Cheratosi attinica: parola d'ordine prevenzione

■ NEFROLOGIA

Fattori predittivi di malattia renale nel DMT2

■ NEUROLOGIA

Dalla via istaminergica nuova terapia per la narcolessia

■ ONCOLOGIA

Sintomi e diagnosi precoce dei tumori testa-collo

■ PNEUMOLOGIA

Obiettivo eliminazione della TBC in Italia

■ PSICHIATRIA

Integrazione sociale dei pazienti affetti da schizofrenia

■ DERMATOLOGIA

Cheratosi attinica: parola d'ordine prevenzione

Tutta la popolazione, e in particolare le persone maggiormente esposte al sole per motivi professionali, dovrebbe essere sensibilizzata sui rischi dei raggi ultravioletti e sull'importanza di sottoporsi con regolarità a visite dermatologiche.

A confermarlo sono i risultati della campagna nazionale di prevenzione "L'amore per il mare è nella nostra pelle" nell'ambito della quale è stata condotta un'attività di screening dermatologico che ha coinvolto 921 tra donne e uomini della Marina Militare con un risultato di 217 casi riscontrati di cheratosi attiniche, pari al 23.5% del campione esaminato. La grande adesione del personale della Marina Militare ha permesso, oltre che di effettuare un'opera di sensibilizzazione, anche di giungere alla diagnosi di casi di lesioni da cheratosi attiniche e di altri tumori della pelle non ancora giunti all'osservazione dei clinici. La campagna è stata promossa dalla Società Italiana di Dermatologia Allergologica Professionale e Ambientale (SIDAPA) come progetto pilota in Puglia, ed è proseguita a livello nazionale grazie alla Società Italiana di Dermatologia (SIDeMaST), in entrambi i

casi insieme alla Marina Militare e con il sostegno incondizionato di LEO Pharma.

► **Identificare precocemente le lesioni**

"La nostra Società Scientifica - ha specificato Caterina Foti, Presidente SIDAPA - si occupa di problemi dermatologici e allergologici legati a motivi professionali e ambientali: dal momento che è ben nota la correlazione tra esposizione ai raggi ultravioletti e insorgenza di tumori della pelle, abbiamo deciso di farci promotori di una campagna che mettesse in risalto l'importanza di proteggere la pelle e di fare prevenzione: è necessario attuare screening per individuare le lesioni che possono trasformarsi in forme maligne e il cui sviluppo è favorito proprio nei soggetti a rischio. Per questa ragione la scelta è caduta sul personale della Marina, che per la peculiare attività lavorativa all'aria aperta è particolarmente esposta alle radiazioni solari".

► **Dati preoccupanti**

"L'aspetto importante che è emerso da questa campagna è l'elevata

percentuale di cheratosi attiniche nella popolazione della Marina Militare - ha sottolineato **Ketty Peris**, Direttore della Clinica Dermatologica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Questo dato è molto superiore rispetto a quello che conoscevamo fino a poco tempo fa ed è in linea con quanto recentemente riscontrato in alcuni studi sulla popolazione italiana. Occorre ancora molto lavoro d'informazione, prevenzione e cura sulla cheratosi attinica, che di fatto è una lesione tutt'ora sottovalutata e sotto-diagnosticata".

In particolare nel personale di Marina coinvolto nello screening sono stati riscontrati fino a 5 focolai di cheratosi attinica nel 21.7% dei casi, mentre nell'1.8% il numero delle lesioni attiniche ha superato la soglia delle 5 unità. Gli individui più a rischio sono risultati quelli con fototipo chiaro, tendenza alle ustioni solari, che non si abbronzano o si abbronzano poco. Le lesioni attiniche più gravi e avanzate sono state riscontrate nei più anziani che svolgevano da molti anni l'attività professionale. Notevole anche la prevalenza dei segni di invecchiamento cutaneo rilevati in oltre il 40% del campione.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di **Ketty Peris**

NEFROLOGIA

Fattori predittivi di malattia renale nel DMT2

L'identificazione di predittori clinici per lo sviluppo della malattia renale cronica è una criticità nella gestione dei diabetici. Studi italiani, nello specifico dei ricercatori del "Gruppo Annali" dell'Associazione Medici Diabetologi, hanno identificato i fattori di rischio specifici delle due manifestazioni di danno renale: sesso femminile e trigliceridi sono predittori più potenti di riduzione del filtrato glomerulare (FG). Sesso maschile, alti livelli di emoglobina glicosilata e bassi livelli di C-HDL sono i predittori più significativi di albuminuria. Un altro elemento è che il raggiungimento e il mantenimento di ottimali valori di pressione arteriosa sono in grado di impattare favorevolmente sulla prognosi renale di questi pazienti.

► Danno renale: fattori di rischio specifici

Su quali variabili cliniche concentrare l'intervento preventivo o terapeutico è stato l'obiettivo dello studio prospettico, condotto grazie all'analisi del database degli Annali AMD, su 27.029 pazienti con DMT2.

"I risultati hanno mostrato che il

33% dei pazienti (senza manifestazioni di danno renale al baseline), dopo 4 anni ha sviluppato la complicanza, il 10% con riduzione del filtrato glomerulare, il 18% con albuminuria e il 4.5% con entrambe le manifestazioni - ha illustrato **Salvatore De Cosmo**, Responsabile SC di Medicina Interna-Endocrinologia dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG), tra gli autori dello studio. A parte un set di fattori di rischio condiviso dalla riduzione del FG e dall'albuminuria (età, incremento di peso corporeo, dislipidemia, intensità del trattamento antipertensivo e ipoglicemizzante), vi sono fattori di rischio peculiari per la singola manifestazione di danno renale. Il sesso femminile e i livelli dei TG erano predittori più potenti di riduzione del FG, mentre il sesso maschile, più alti livelli di HbA1 e più bassi livelli di C-HDL erano predittori più potenti di albuminuria. Queste nuove evidenze suggeriscono che riduzione del FG e albuminuria individuano due differenti meccanismi patogenetici, e quindi il controllo di queste due condizioni necessita di due approcci differenti e possibilmente complementari".

► PA: mantenimento di ottimali valori

È risaputo che la terapia antipertensiva è in grado di ritardare lo sviluppo e la progressione della complicanza renale del diabete, ma non erano disponibili dati sull'incidenza di malattia renale cronica derivanti da ampie casistiche di pratica clinica.

"Anche questo studio è stato condotto nel corso di 4 anni di follow-up in pazienti diabetici e ipertesi (12.995) afferenti ai centri anti-diabetici AMD" - chiarisce **Roberto Pontremoli**, IRCCS AOU San Martino-IST di Genova. Nello studio è stato valutato l'andamento della funzione renale in base al controllo pressorio nel tempo. È stato dimostrato come i pazienti che non riuscivano a mantenere valori di PA entro 140/85 mmHg avessero un rischio aumentato di sviluppare malattia renale cronica e mostrassero una maggiore riduzione dei valori di filtrato glomerulare e un aumento dell'albuminuria rispetto ai pazienti con buon controllo pressorio. Questi risultati sono di notevole importanza pratica perché dimostrano che il raggiungimento e il mantenimento di ottimali valori di PA, è in grado di impattare favorevolmente sulla prognosi renale dei pazienti affetti da DMT2 e ipertensione".

Bibliografia

- De Cosmo S et al. Predictors of chronic kidney disease in type 2 diabetes: A longitudinal study from the AMD Annals initiative. *Medicine* 2016; 95: e4007.
- De Cosmo S et al. Blood pressure status and the incidence of diabetic kidney disease in patients with hypertension and type 2 diabetes. *J Hypertension* 2016; 34: 2090-98.

■ NEUROLOGIA

Dalla via istaminergica nuova terapia per la narcolessia

Marcata sonnolenza diurna, con deficit di attenzione e impulsi improvvisi ed irresistibili ad addormentarsi sono le caratteristiche della narcolessia, malattia rara che in Europa riguarda un individuo ogni 2.500.

Spiega **Giuseppe Plazzi**, Responsabile del Centro del sonno dell'IRCCS Istituto delle scienze neurologiche di Bologna: "La narcolessia è ritornata alla ribalta negli ultimi anni per un drastico aumento dei casi pediatrici soprattutto nel Nord Europa. Si tratta di una malattia cronica, che non ha una tendenza all'evoluzione, ma che ha un forte impatto sulla qualità di vita".

Molti soggetti narcolettici soffrono anche di attacchi di cataplessia, caratterizzati dalla perdita improvvisa e temporanea del tono muscolare, con il rischio di pericolose cadute.

► **Pitolisant: azione diretta sul sistema istaminergico**

La narcolessia è al centro dell'interesse dei Congressi biennali della European Sleep Research Society che riuniscono diverse migliaia di medici e ricercatori. All'edizione 2016, tenutasi a Bologna, è stata presentata, in occasione del Simpo-

sio "La via istaminergica: una nuova speranza per la narcolessia", un'importante novità per la sua cura.

"Pochi farmaci sono in grado di intervenire contemporaneamente sui diversi sintomi della malattia senza creare importanti effetti collaterali", continua Plazzi. Le alternative farmacologiche in uso contemplano farmaci psicostimolanti, per contrastare l'eccessiva sonnolenza diurna, e sodio oxibato, per alleviare la cataplessia.

"Il pitolisant ha un'azione diretta sull'altro sistema istaminergico, importantissimo sul mantenimento della veglia".

Come ha spiegato nel corso del simposio il Professor Sheng Lin, Dirigente della Ricerca presso l'INSERM di Lione, la forma più comune di narcolessia è causata dalla distruzione - a seguito di un meccanismo autoimmune favorito da una predisposizione genetica - di un gruppo di neuroni, ipocretine o orexine, che regolano lo stato della veglia. Nella narcolessia, la loro assenza è, in parte, compensata da un incremento del numero dei neuroni istaminergici, che però risulta non sufficiente a mantenere un adeguato livello di veglia e a impedire il verificarsi di pericolosi attacchi cataplettici. È stata pertanto sollevata l'ipotesi di provare a compensare

la distruzione dei neuroni orexina, potenziando l'attività dei neuroni istaminergici ed è su questa intuizione che si fonda l'innovativo funzionamento di pitolisant.

Yves Dauvilliers, Direttore del Centro di Riferimento Nazionale francese sulla Narcolessia dell'Università di Montpellier, ha evidenziato come la terapia abbia dimostrato di avere un'efficacia superiore al placebo e pari alle terapie psicostimolanti in uso (modafinil), nel ridurre l'eccessiva sonnolenza diurna. Pitolisant ha anche dimostrato una significativa riduzione della cataplessia - sintomo su cui invece gli psicostimolanti come le anfetamine o modafinil sono inattivi - riducendo la frequenza degli attacchi fino al 75%, persino in pazienti che ne sono colpiti in maniera grave con una media di 10 episodi settimanali.

Il farmaco è stato ben tollerato. Aspetto importante: non si è verificato alcun sintomo da astinenza dopo la fine del trattamento, rischio invece associato alle alternative terapeutiche in uso. Pitolisant (progettato e sviluppato da Bioprojet) può essere assunto con un'unica compressa/die la mattina ed è quindi potenzialmente in grado di favorire una migliore aderenza alla cura.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare il commento di Giuseppe Plazzi

ONCOLOGIA

Sintomi e diagnosi precoce dei tumori testa-collo

Dal 19 al 23 settembre si è celebrata la Quarta Settimana di Sensibilizzazione sul Tumore Testa-Collo, organizzata dalla European Head and Neck Society (EHNS) (www.makesense-campaign.eu). La campagna ha l'obiettivo di aumentare la conoscenza della patologia tra pazienti e popolazione, media, comunità medico-scientifica e istituzioni, grazie a iniziative in 16 Paesi europei e a una campagna social che utilizza l'hashtag #UnitingVoices per diffondere informazioni e storie dei pazienti, con l'idea che una maggiore consapevolezza possa migliorare prevenzione, diagnosi precoce e cura di una patologia troppo spesso individuata in stadio avanzato.

► Sintomi aspecifici, spesso sfumati

"I tumori testa-collo sono diversi, con comportamenti biologici diversi e prognosi diverse, e vengono riuniti per comodità sotto un'unica denominazione" spiega **Piero Nicolai**, Direttore della Clinica otorinolaringoiatrica dell'Università degli Studi di Brescia e Presidente AIOCC (Associazione Italiana Oncologia Cervico-Cefalica).

Si tratta di carcinomi che originano dalle cellule epiteliali di cavità nasali e seni paranasali, faringe (rinofaringe, orofaringe e ipofaringe), ghiandole salivari, cavo orale e laringe. Sono tumori considerati rari, perché presi singolarmente incontrano questa definizione, ma globalmente rappresentano il quinto tumore più diffuso tra gli uomini.

I sintomi di un tumore della testa e del collo sono piuttosto aspecifici e spesso simili a quelli di patologie infiammatorie. Tuttavia se persistono, specie nei soggetti con fattori di rischio (soprattutto fumo e alcol, ma anche infezione da HPV), è opportuno indagare ulteriormente.

Tra i sintomi della malattia, che devono allarmare se persistono per più di 15-20 giorni, si segnalano:

- ulcerazioni in bocca
- difficoltà nella deglutizione
- mal di gola o mal d'orecchio
- raucedine persistente
- gonfiore a livello del collo.

Il riconoscimento dei sintomi e la diagnosi precoce sono fondamentali perché offrono ai pazienti una possibilità di guarigione attorno al 90%. Questi casi vengono trattati con chirurgia di limitata entità o radioterapia. Tuttavia la malattia è diagnosticata in fase avanzata in 4

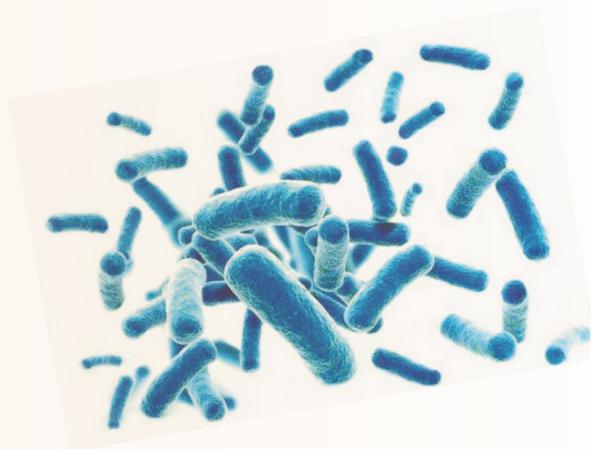
casi su 10; questa situazione richiede la combinazione di più metodiche terapeutiche.

► La ricerca e i pazienti

La ricerca in questo ambito di malattie "rare" è particolarmente preziosa, per questo è cruciale che i pazienti con questo tipo di diagnosi abbiano la possibilità di inserirsi in un trial clinico, magari informandosi con l'aiuto del proprio medico dell'esistenza di studi in corso, con benefici sia per la ricerca che per il paziente, che, per definizione, in questi contesti viene particolarmente seguito. Poiché essenziale è curare la malattia ma anche prendersi cura della persona, viene posta sempre più attenzione al paziente. In questo contesto, con il supporto non condizionato di Merck, è stata realizzata sul portale "Persone Che", piattaforma volta a migliorare la qualità di vita dei pazienti (www.personeche.it), la sezione dedicata al tumore testa-collo, dove si può trovare una community di pazienti, un'area "control", per registrare dati e report medici utili per il dialogo con il medico curante e un magazine di aggiornamento sulla patologia.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Piero Nicolai



■ PNEUMOLOGIA

Obiettivo eliminazione della TBC in Italia

Individuare i paziente con TBC "latente" e cercare di eliminare questo "reservoir" di batteri nella popolazione italiana: è l'obiettivo del documento di consenso nazionale per l'eliminazione della tubercolosi, annunciato nel corso del XVII congresso della Società Italiana di Pneumologia (Sip) di Milano (5/7.11.2016). Alla stesura del documento contribuiranno esperti italiani in rappresentanza dei centri di collaborazione dell'OMS, dell'ISS, delle società scientifiche di pertinenza, della Società Europea di Pneumologia (ERS) e delle Regioni.

"L'attuale diffusione della TBC in Italia rende possibile ipotizzare il raggiungimento dell'obiettivo - osserva **Francesco Blasi**, presidente SIP. Tuttavia è necessaria una precisa strategia per il corretto utilizzo degli strumenti diagnostici di nuova generazione e soprattutto delle terapie, per trattare sia la malattia nelle forme resistenti sia le infezioni tubercolari latenti. Oggi riusciamo a ridurre ogni anno l'incidenza della malattia del 2-5%, l'obiettivo è diminuirla ogni anno del 20%: è possibile, focalizzando gli interventi nei gruppi a rischio ed elaborando piani di in-

tervento per la tubercolosi associata alla migrazione".

Nel nostro Paese infatti arrivano migliaia di migranti provenienti da Paesi dell'Africa subsahariana dove l'endemia è elevata e da Paesi dell'ex Unione Sovietica e del Medio Oriente dove, oltre a essere molto diffusa, la malattia è spesso causata da batteri multiresistenti, che non rispondono alle consuete terapie e sono correlati a una mortalità del 50%: una strategia di monitoraggio e individuazione dei casi è perciò indispensabile per tutelare il diritto alla salute dei concittadini e degli stessi migranti.

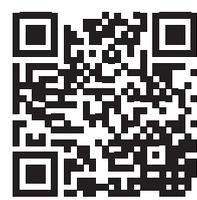
"Negli ultimi 10 anni l'incidenza di TBC in Italia è rimasta sostanzialmente stabile sui circa 7 casi per 100.000 abitanti - prosegue Blasi. Nell'immediato gli italiani non stanno andando incontro a un più alto rischio di ammalarsi a causa dell'ondata migratoria, ma certo i migranti pongono una questione di sanità pubblica ineludibile".

► Potenziare la ricerca

"Al via anche la creazione di un Registro nazionale dei casi di infezione tubercolare latente e dei

ceppi multiresistenti, quelli che più preoccupano e che spesso occorre gestire attraverso una collaborazione con colleghi di altri Paesi: vorremmo perciò attivare un 'TB Consilium' in italiano sulla base di quello gratuito e già funzionante della ERS, per una corretta gestione interdisciplinare dei casi e l'uso razionale dei nuovi farmaci" - precisa **Giovanni Battista Migliori**, Direttore del Centro di collaborazione OMS per la tubercolosi e le malattie polmonari della Fondazione Maugeri di Tradate.

"Obiettivo del documento è anche potenziare la ricerca nel settore dei vaccini per la malattia, nel quale non si sono avuti progressi sostanziali. Qualche novità c'è per i farmaci, alcuni principi attivi come bedaquilina e delamanid sono molto efficaci anche contro le forme multiresistenti e ben tollerati; tuttavia nulla potrà essere davvero decisivo senza una strategia comune e condivisa come quella proposta nel documento di consenso, che diventa da oggi una base solida su cui lavorare per liberare l'Italia e il mondo dalla tubercolosi" - conclude Migliori.



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

■ PSICHIATRIA

Integrazione sociale dei pazienti affetti da schizofrenia

Affrontare il tema della schizofrenia vuol dire fare una fotografia delle oltre 250.000 persone che ne sono affette nel nostro Paese. I dati più aggiornati segnalano una prevalenza pari allo 0.8-1%, con una maggior incidenza per gli uomini (15 casi/100.000/anno) rispetto alle donne (13 casi/100.000/anno).

“La schizofrenia è una condizione disabilitante, con un andamento cronico, che dipende anche dalla lentezza e dalla difficoltà di poter effettuare una diagnosi precoce - afferma **Claudio Mencacci**, Presidente Società Italiana di Psichiatria (SIP). Dati recenti segnalano che questi pazienti arrivano nei Dipartimenti Salute Mentale (DSM) con un’età media di 27/28 anni e dopo un periodo medio di 7 anni dalla comparsa dei primi sintomi. Troppi, se consideriamo che in un periodo così lungo la malattia peggiora notevolmente, con conseguenze sulle condizioni e sulla qualità di vita del paziente stesso e della sua famiglia. Inoltre, un intervento efficace dovrebbe essere coordinato e integrato tra tutti gli attori coinvolti: solo così può portare a una reale riabilitazione e al reinserimento nella società di que-

ste persone. È importante garantire loro il diritto alle cure, soprattutto quelle più innovative, per poter impostare sin dall’inizio un trattamento adeguato”.

► Il progetto “Triathlon”

È all’interno di questo contesto che negli scorsi mesi è stato lanciato il progetto Triathlon, promosso da Janssen, in partnership con Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana di Psichiatria Biologica, Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia, Fondazione Progetto ITACA, Osservatorio Nazionale sulla salute della donna, e Federazione Italiana Triathlon.

Un programma innovativo per promuovere il recupero e il reinserimento dei pazienti attraverso un approccio integrato, basato sul coinvolgimento di tutte le figure chiave dell’assistenza, lungo tre dimensioni fondamentali - clinica, organizzativa e sociale - che da febbraio ad oggi ha già coinvolto numerosi DSM sul territorio.

La dimensione clinica del progetto prevede eventi formativi orientati in primo luogo all’importanza di una diagnosi e di un intervento

precoce e ai requisiti del trattamento farmacologico, oltre ad altri aspetti quali la riabilitazione cognitiva e la psicoeducazione.

“Il progetto prevede anche l’attuazione di procedure diagnostico-terapeutiche consolidate da forti evidenze scientifiche - commenta Mencacci, tra cui anche la possibilità di una riabilitazione cognitiva che può consentire a queste persone di recuperare le competenze per riprendere, o cominciare, rapporti di tipo professionale, lavorativo, relazionale.

Per diversi motivi queste persone (stili di vita, effetti collaterali dei farmaci) presentano dismetabolismi importanti, che possono ridurre di 12/15 anni la loro aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale. In questa dimensione è importante anche riconoscere gli effetti positivi e i benefici dell’attività fisica.

L’inserimento del Triathlon come disciplina sportiva nel progetto, inteso come esercizio regolare e costante, consentirà di ridurre i sintomi tipici delle psicosi, migliorare le performance cognitive e il benessere complessivo del paziente - conclude il Presidente SIP.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Claudio Mencacci

Rinite allergica e asma, due patologie strettamente correlate

Copiose evidenze segnalano che le vie aeree superiori e inferiori interagiscono con varie modalità, sì che la rinopatia allergica cronica può influenzare, peggiorandole, le manifestazioni cliniche dell'asma. Inoltre si osserva che la rinopatia negli asmatici tende a manifestarsi con una gravità maggiore rispetto a quella dei pazienti che non hanno asma. Comunque, dal momento che le malattie allergiche interessano più di un organo, sia in concomitanza che in successione, è importante affrontarle in termini globali, anche dal punto di vista terapeutico

Gennaro D'Amato

*Chairman Committee on "Climate change, air pollution and Respiratory Diseases", World Allergy Organization
Già Direttore Divisione di Malattie Respiratorie e Allergiche, Dipartimento Malattie Respiratorie AOSRN A. Cardarelli, Napoli*

*con la collaborazione di **Carolina Vitale** e **Maria D'Amato***

Divisione di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Clinica Pneumologica, Università Federico II - Ospedale dei Colli-V. Monaldi, Napoli

L'osservazione relativa all'esistenza di interazioni patologiche tra vie aeree superiori e inferiori in presenza di patologia asmatica non è recente. Già Ippocrate (460-370 aC), descrivendo le crisi di asma, sosteneva l'esistenza di componenti umorali che, originando nel cervello, discendevano poi nel naso e nei bronchi, ostruendo le vie aeree inferiori. Questa teoria venne poi ripresa da Galeno (128-201 dC), il quale riteneva che la componente umorale di Ippocrate fosse costituita da "umori densi e vischiosi" che, discendendo dal cervello prima nel naso e poi nei bronchi, andavano ad ostruire le vie aeree inferiori, per cui gli asmatici "vengono soffocati dall'asma, che si manifesta come fame d'aria, dilatazione toracica e dispnea prevalentemente espiratoria". Studi successivi consentirono di osservare però che il cervello era anatomicamente separato dalle vie aeree superiori, sì che non era pos-

sibile il passaggio dei suddetti umori. Quello che è possibile invece, anche se non tutti sono d'accordo su ciò, è che il drenaggio retronasale di muco, ricco di cellule e di mediatori chimici dell'infiammazione, tra cui istamina, leucotrieni ecc, discendendo, per gravità, verso il laringe, contribuisca a stimolare l'insorgenza e ad amplificare la flogosi delle vie aeree inferiori.

Negli anni recenti si sono approfondite le nostre conoscenze relative all'esistenza di correlazioni tra vie aeree superiori ed inferiori relativamente ad affezioni come quelle allergiche che interessano, in concomitanza o in successione, i due tratti dell'apparato respiratorio. È stato osservato che una percentuale molto elevata di soggetti affetti da asma bronchiale presenta anche rinite. Viceversa anche molti soggetti affetti da rinite presentano un coinvolgimento manifesto o anche solo latente delle vie aeree inferiori.

Vari anni fa venne coniato il termine di "sindrome rino-bronchiale" per etichettare quadri patologici con caratteristiche prevalentemente infettive, rappresentate in genere da rinosinuiti croniche associate o seguite da tracheobronchiti ricorrenti.

► Approfondimenti nel tempo

Numerosi dibattiti si sono poi succeduti nel tentativo di focalizzare tale problematica, su come cioè l'infiammazione nasale, semplice o con sovrapposta infezione batterica, potesse indurre eventi patologici sulle vie aeree inferiori. Se cioè ci fosse dipendenza tra i due settori o non si trattasse piuttosto di una unica patologia con espressioni flogistiche a vari livelli. Ebbene le concezioni sulla "sindrome rino-bronchiale" sono state progressivamente modificate sulla base delle migliorate conoscenze, oltre che di fisiopatologia e di farmacologia clinica applicate a

tale contesto, anche di biochimica e di biologia molecolare, con studi effettuati su prelievi bioptici o sui reperi ottenuti con lavaggi endonasali e broncoalveolari.

Sono state così approfondite le conoscenze relative ai meccanismi di regolazione neurorecettoriale delle vie aeree e sono stati identificati numerosi mediatori chimici che agiscono su entrambi i settori delle vie aeree o prevalentemente su uno di essi. In altri termini le conoscenze precedenti sono state integrate e/o sostituite da ricerche sperimentali e cliniche sui rapporti tra patologie nasali ed ostruzione bronchiale, siano esse manifeste che latenti, tra depurazione mucociliare nasale e bronchiale e quindi tra coinvolgimento flogistico delle due parti, superiore ed inferiore, dell'apparato respiratorio. È stato ad esempio osservato che l'innervazione e la regolazione neurovegetativa del naso e delle vie aeree inferiori sono molto simili, ma le rilevanti differenze dei substrati anatomici fanno sì che il risultato degli stimoli sia molto diverso nei due settori.

Se negli animali il naso ha principalmente il ruolo di organo dell'olfatto, nell'uomo la sua funzione principale è di condizionamento dell'aria inalata. In particolare, esso riscalda, umidifica e depura l'aria. Per la sua posizione anatomica il naso costituisce, in condizioni di respirazione fisiologica, il primo filtro dell'aria inspirata ed il luogo di deposito prevalente delle particelle in esso contenute. La funzione di filtro del contenuto aereo inalato avviene nel naso grazie a vari meccanismi, come presenza di vibrisse, strato mucoso, variazioni di calibro delle cavità, clearance mucociliare, impatto inerziale, precipitazione elettrostatica nonché mediante il sistema immunitario, che è attivo a livello delle vie

aeree sia con la componente umorale che con quella cellulare.

Grazie a questi e ad altri meccanismi, in condizioni fisiologiche avviene la protezione delle vie aeree inferiori. In condizioni patologiche invece, le vie aeree superiori coinvolgono quelle inferiori, peggiorandone le condizioni.

► Osservazioni dalla real life

Diversi studi hanno dimostrato che la rinite e l'asma frequentemente si manifestano insieme e sintomi nasali sono stati segnalati tra il 30% e l'80% dei pazienti asmatici, mentre essi sono presenti in circa il 20% della popolazione generale. È difficile stabilire se la rinite costituisca la prima manifestazione di una allergopatia respiratoria in un paziente che successivamente sviluppa asma o se la patologia nasale rappresenta l'espressione di una sindrome che coinvolge sia le vie aeree superiori che quelle inferiori. Un paziente con ostruzione nasale derivante da una rinite allergica non curata adeguatamente è comunque obbligato a respirare per via orale e ciò potrebbe influenzare negativamente le basse vie aeree per il venir meno della funzione nasale di condizionamento e di filtrazione dell'aria inspirata. L'infiammazione nasale, come abbiamo già accennato in precedenza, potrebbe inoltre propagarsi nelle più basse vie aeree.

È stato poi osservato che pazienti con rinite allergica senza evidenza clinica di asma presentano frequentemente una iperresponsività bronchiale cosiddetta aspecifica, perché evidenziabile utilizzando test definiti appunto aspecifici, come quelli con la metacolina. In altri termini questi soggetti rinomatici sono a rischio di sviluppare asma. Una volta che entrambe le vie aeree, superiore ed in-

férieure, sono coinvolte, lo stato delle vie aeree superiori influenza quello delle vie inferiori e la rinite del paziente con asma tende a peggiorare maggiormente che non quella dei pazienti senza patologia respiratoria inferiore. Occorre anche dire che la iperresponsività delle vie aeree nei riguardi di stimoli vari (allergeni solo nei soggetti atopici; stimoli aspecifici come ad esempio gli irritanti chimici gassosi sia negli atopici che nei non-allergici o intrinseci) è presente ed evidenziabile non solo a livello bronchiale ma anche a livello nasale.

Nei pazienti asmatici che presentano anche rinite la qualità della vita è notevolmente peggiorata dai sintomi nasali, costituiti da ostruzione nasale, starnutazione e rinorrea e da problemi connessi come la difficoltà nell'addormentamento, il peggioramento nella concentrazione e la conseguente limitata interazione sociale. La rinosinusite cronica nell'asma severa rappresenta un importante fattore di rischio, che determina esacerbazioni più frequenti, infiammazione delle vie aeree inferiori ed un deterioramento più rapido della funzione respiratoria.

Un paziente con asma incontrollata nonostante la somministrazione di terapia antinfiammatoria con dosi adeguate di steroidi e di antileucotrieni dovrebbe essere sottoposto a endoscopia nasale per valutare le condizioni dei seni. Se si valuta l'opportunità di un intervento chirurgico per la rimozione dei polipi, questo va eseguito una sola volta e deve essere poi seguito dalla somministrazione di steroidi endonasali per via inalatoria e di antileucotrieni e antistaminici antiH1 per via orale. L'associazione di questi farmaci garantisce un controllo razionale del processo flogistico che altrimenti riprenderebbe a svilupparsi. Talune osservazioni fanno ritenere

Tabella 1

Possibili meccanismi di interazione tra vie aeree superiori ed inferiori

- ▶ A causa dell'ostruzione nasale e della conseguente difficoltà nella respirazione nasale l'aria inalata non depurata, non riscaldata, non umidificata e non arricchita in NO penetra direttamente nelle vie aeree inferiori.
- ▶ La stimolazione delle terminazioni neurosensoriali delle vie aeree superiori, che nella rinite allergica sono caratterizzate da iper-responsività a vari stimoli, può indurre l'insorgenza di riflessi nervosi con effetto broncospastico.
- ▶ Prodotti infiammatori di provenienza dalle vie aeree superiori possono penetrare nelle vie aeree inferiori per via retronasale con il muco che cola per gravità.

che il trattamento della rinite induce miglioramenti non solo nasali ma anche dei sintomi asmatici.

▶ **Rapporti e interazioni tra vie aeree superiori e inferiori**

Le malattie allergiche respiratorie interessano più di un singolo organo ed è importante considerarle in termini globali. Diversi studi hanno suggerito che la rinite precede frequentemente l'asma e che una disfunzione delle vie aeree superiori potrebbe essere un fattore predittivo per un successivo sviluppo di patologie delle vie aeree inferiori. La rinite e l'asma a substrato allergico sono collegate da diverse caratteristiche come quelle di ordine fisiopatologico, immunologico e terapeutico.

▶ **Fisiopatologia**

Il meccanismo fisiopatologico delle reazioni allergiche e le conseguenti espressioni cliniche acute e croniche favorite dal substrato infiammatorio nelle vie aeree nasali dei soggetti che soffrono di rinite allergica sono simili a quelle delle basse vie aeree negli asmatici. Il naso è però caratterizzato da una abbondanza di strutture ghiandolari e terminazioni sensoriali nervose che sono meno evidenti nelle vie

aeree inferiori. Inoltre, mentre l'ostruzione delle vie aeree al livello nasale è il risultato di un afflusso di sangue nei sinusoidi cavernosi, un elemento importante della interazione tra infiammazione allergica e ostruzione bronchiale nelle vie aeree inferiori è determinato dalla presenza di muscolatura liscia. La stimolazione nasale con stimoli ambientali come l'aria fredda o con stimoli chimici come la metacolina può indurre l'insorgenza di broncocostrizione. Molti pazienti con rinite allergica che non hanno mai avvertito sintomi asmatici presentano, alle indagini laboratoristiche, iper-responsività bronchiale alla stimolazione bronchiale con metacolina, specialmente durante le esacerbazioni della rinite allergica. È stato anche osser-

vato che l'infiammazione delle vie aeree superiori aumenta la reattività bronchiale verso stimoli non specifici attraverso vari meccanismi (tabelle 1 e 2), tra cui si può annoverare anche l'aspirazione retronasale di muco. L'aumento nella reattività delle vie aeree inferiori è infatti ridotta anche quando si utilizzano strategie che inibiscono o almeno riducono il passaggio delle secrezioni di provenienza dalle vie aeree superiori in quelle inferiori.

▶ **Immunopatologia**

Mentre la rinite allergica è caratterizzata da integrità dell'epitelio respiratorio e da assenza di ispessimento della membrana basale, nell'asma possono essere rinvenute alterazioni epiteliali e subepiteliali con deposizione di collagene al di sotto della membrana basale. A parte queste differenze immunopatologiche entrambi i disordini sono caratterizzati da una risposta allergica simile e da una simile infiammazione allergica dell'epitelio e della sottomucosa. In altri termini l'infiammazione delle mucose che si sviluppa dopo l'esposizione allergenica non è differente tra le vie aeree superiori ed inferiori. Il processo flogistico allergico coinvolge le cellule dell'epitelio respiratorio, le cellule che presentano l'antigene, e tra

Tabella 2

Ipotesi avanzate per spiegare l'insorgenza di sintomi allergici nelle vie aeree inferiori nei soggetti pollinosici

- ▶ Gli allergeni liberati dai pollini vengono catturati dalle cellule dendritiche presenti, nelle vie aeree, anche a livello sopralaringeo.
- ▶ Riflessi nasobronchiali. Prodotti infiammatori di provenienza dalle vie aeree superiori possono penetrare in quelle inferiori (drenaggio retronasale di muco).
- ▶ Componenti paucimicroniche veicolanti allergeni, di derivazione vegetale o meno (ad esempio il particolato dell'inquinamento atmosferico) possono penetrare nelle vie aeree inferiori con l'aria inalata.

queste *in primis* le cellule dendritiche, e le cellule effettrici della infiammazione allergica, in particolare mastociti, eosinofili e linfociti.

Le reazioni di ipersensibilità immediata sono basate sulla interazione immunologica specifica tra anticorpi IgE ed antigeni che, nel caso della rinite e dell'asma, sono in gran parte inalati (aeroallergeni) e sono costituiti da proteine che derivano dalla fauna e dalla flora ambientale. In un soggetto con predisposizione ad una risposta immune IgE-mediata il contatto della mucosa delle vie aeree con un aeroallergene conduce alla sensibilizzazione immunologica. In generale l'allergene viene estratto, grazie all'attività biochimica delle secrezioni, da strutture organiche più complesse, quali granuli pollinici o materiale fecale degli acari.

L'allergene è quindi captato dalle cellule dendritiche o da altre cellule presentanti l'antigene ed è internalizzato e processato. Queste cellule presentano quindi piccoli peptidi dell'allergene sulla loro superficie, in associazione con molecole proprie che appartengono alla classe II del complesso maggiore di istocompatibilità (MHC). Le cellule T helper che trasportano i recettori T cellulari identificano specificamente il complesso peptide/complesso MHC e quindi si legano al complesso attraverso questo recettore. Questo evento porta all'attivazione della cellula T helper e quindi alla produzione di un ampio spettro di molecole con ruoli di immunoregolazione. Le tappe successive sono costituite dall'attivazione delle cellule B che sono in grado di produrre anticorpi IgE. Schematicamente questo può avvenire sia per una adeguata produzione di IL-4 e IL-13, che promuovono specificamente lo "switching" dell'isotipo IgE o perché c'è una inadeguata produzione

di interferon gamma, che inibisce la produzione di IgE. Le molecole di IgE rilasciate in circolo da cellule B si legano a recettori ad alta affinità sulla superficie di mastociti e basofili ed a recettori a bassa affinità sulla superficie di varie altre cellule.

Le IgE legate ai mastociti incontrano l'allergene a questa porta di entrata delle vie aeree.

Nel caso di rinite allergica ciò avviene nella parte molto superficiale della mucosa nasale, con i mastociti ubicati tra le cellule epiteliali. L'attivazione dei mastociti induce il rilascio di sostanze preformate come l'istamina, così come di sostanze infiammatorie di neosintesi, quali i cisteinileucotrieni, le prostaglandine ed altre.

Queste sostanze sono responsabili patogeneticamente dei sintomi di rinite allergica che insorgono in seguito al contatto con l'allergene; è però l'infiammazione cronica a costituire l'anomalia centrale nel favorire l'insorgenza e/o l'incremento della iperreattività delle vie aeree, sia superiori che inferiori, che si osserva nella rinite allergica e nell'asma.

► **Farmacologia e trattamento**

Una differenza importante tra i trattamenti farmacologici della rinite allergica e dell'asma è da ricondurre alle differenze nel controllo adrenergico nelle vie aeree superiori ed inferiori, con gli agonisti alfa-adrenergici che agiscono come vasocostrittori nella rinite allergica e gli agonisti beta-2-adrenergici che agiscono come broncodilatatori nell'asma. È stato comunque osservato che il trattamento della rinite allergica usando i glucocorticoidi inalatori migliora in maniera indiretta i sintomi di asma e riduce la iperreattività bronchiale. Tale azione viene potenziata dal trattamento associato con un antileuco-

trienico come il montelukast.

In particolare è stato evidenziato che il montelukast è attivo anche nel ridurre l'ostruzione delle vie nasali su cui generalmente gli antistaminici antiH1 sono scarsamente attivi. Comunque l'associazione di anti-H1 e di montelukast induce un effetto sinergico con potenziamento della risposta terapeutica. È stato anche osservato che il montelukast, in associazione con gli antistaminici, presenta un effetto aggiuntivo di broncodilatazione.

► **Conclusioni**

La rinite allergica costituisce una patologia molto frequente, che è spesso non adeguatamente diagnosticata e trattata. C'è inoltre attualmente abbondante evidenza che le vie aeree superiori e inferiori interagiscono con varie modalità, sì che la rinopatia allergica cronica possa influenzare, peggiorandole, le manifestazioni cliniche dell'asma. D'altra parte la rinopatia presente nei soggetti asmatici tende a manifestarsi con una gravità maggiore rispetto a quella dei pazienti che non hanno asma. Comunque, dal momento che le malattie allergiche interessano più di un organo, sia in concomitanza che in successione, è importante considerarle in termini globali. È stato infatti osservato che il trattamento adeguato della flogosi nasale con antinfiammatori topici come i corticosteroidi inalatori, in associazione con un antileucotrieno come il montelukast e con un antistaminico antiH1 è in grado di controllare la sintomatologia rinitica e di fornire una protezione anche sulla concomitante sintomatologia asmatica.

Bibliografia disponibile a richiesta

Ecografia, il plus della visita ambulatoriale

L'importanza dell'ecografia come quinto tempo della visita ambulatoriale generalista è confermata dal caso del carcinoma della cervice che segnaliamo, dove l'indagine è risultata fondamentale per la diagnosi differenziale tra colica renale e recidiva neoplastica

Teresa Gasparre, *Medico in formazione* - **Francesco Savino**, *Tutor Medico di medicina generale - Bari*

► Storia clinica

Durante la frequenza del tirocinio del corso di formazione per la medicina generale è giunta alla nostra osservazione un caso clinico rivelatosi molto interessante. Si tratta di una donna di anni 53, AG, casalinga, due figli in abs e una IVG, in menopausa fisiologica da 4 anni.

► Anamnesi pregressa

In anamnesi riferisce dal 2009 comparsa di neof ormazione pigmentata del dorso che nel 2011 raggiunge le dimensioni di circa 4 cm di diametro. Nel gennaio 2011 si sottopone ad intervento chirurgico di escissione di tale lesione cutanea presso la clinica dermatologica del Policlinico di Bari, la cui diagnosi istologica depone per "melanoma in situ; margini liberi".

Nel marzo 2013 riferisce comparsa di ulteriore neof ormazione nerastra di 0.3 cm di diametro sul dorso. Quindi effettua ricovero in DH nella stessa clinica dermatologica per escissione della lesione la cui diagnosi istologica segnala un nevo giunzionale displastico.

Nel gennaio 2015 si rivolge al suo Mmg riferendo la comparsa di piccole perdite ematiche post-coitali per le quali le viene consigliata una consulenza ginecologica e ad esecuzione di PAP test nel sospetto di carcinoma della cervice uterina.

• **Visita ginecologica:** corpo uterino di forma, volume e consistenza lieve-

mente aumentati, nulla a carico degli annessi, collo uterino di forma irregolare e consistenza leggermente ridotta. Alla visualizzazione con speculum è evidente una formazione eteroplastica occupante gran parte del labbro anteriore, fornici liberi. Leucoxantorrea con lievi strie ematiche. *Pap test:* carcinoma squamocellulare con atipie cellulari.

• **Colposcopia:** portio mal visibile per la presenza di neof ormazione vegetante protrudente dal canale cervicale, friabile e sanguinante.

Alla luce del reperto, nell'aprile 2015 viene ricoverata presso la Clinica Ginecologica del Policlinico di Bari dove vengono eseguite indagini di secondo livello.

► Intervento chirurgico e diagnosi istologica

La paziente viene sottoposta ad intervento di isterectomia totale tipo A sec. Querleu-Morrow, annessiectomia bilaterale, linfadenectomia pelvica sistemica bilaterale, washing peritoneale. La diagnosi istologica risulta positiva per "tumore misto mulleriano maligno eterologo uterino con componente epiteliale di tipo endometrioide e mucinoso e con componente mesenchimale di tipo fibrosarcomatoso, rabdomioblasto e liposarcomatoso. La neoplasia interessa il collo dell'utero e inf iltra il miometrio nella metà interna. Aspetti di permeazione vascolare. Leiomiomi intramurali del corpo dell'utero. Endometrio ad impronta follicolini-

ca. Ovaie e tube scleroatrofiche. Linfonodi iliaci esterni ed otturatori esenti da neoplasia con ampio ilo adiposo". A maggio la paziente intraprende terapia citostatica a base di taxolo e carboplatino per 6 cicli a dosaggio pieno, a cadenza trisettimanale.

A settembre 2015 esegue regolare follow-up con TAC torace-addome-pelvi che risulta negativa.

► Nuova sintomatologia

Da maggio 2016 saltuariamente, la signora riferisce di avere lievi dolenzie a livello dell'ipogastrio, che il suo specialista ginecologo di riferimento in prima istanza attribuisce ad aderenze post-chirurgiche e che tratta come tali.

Per la persistenza di tale sintomatologia che diventa progressivamente più intensa e che interessa la regione lombare destra con irradiazione obliqua anteriormente sino all'ipogastrio, la signora si rivolge ripetutamente al locale Pronto soccorso, portando in seguito in visione tali referti anche a noi.

Questi accessi spesso notturni vengono classificati come coliche renali a causa del Giordano positivo all'esame obiettivo e alla presenza di tracce di emoglobina nelle urine.

► Ecografia nello studio di MG

Avendo frequentato il corso della Società Italiana di Ecografia per Medici di Medicina Generale (SIEMG) ed aven-

do ottenuto il diploma di ecografista generalista, il mio tutor di medicina generale spesso si avvale della metodica ecografica come preziosissimo quinto tempo dell'esame obiettivo clinico, traendone notevoli vantaggi a carico dell'orientamento diagnostico.

Così, quando la signora AG si rivolge nuovamente alla nostra osservazione per la persistenza di questa addominoalgia, decidiamo di non fermarci ai referti di Pronto soccorso con contestuale sospetto diagnostico di colica renale e di sottoporre la paziente ad ecografia renale e vescicale.

All'esame ecografico il rene destro appariva appena aumentato di volume, ma soprattutto si notava la presenza di una modica idronefrosi. Tale quadro poteva essere compatibile con la diagnosi di colica renale, ma caparbiamente abbiamo cominciato a seguire il decorso dell'uretere intenzionati a visualizzare il sospetto calcolo con il suo classico aspetto di iperecogenicità e segno della coda di cometa. Seguendo il decorso dell'uretere sino alla vescica, non si sono messi in evidenza echi ascrivibili a calcoli e neanche con ombra, quindi si è proceduto ad esplorare con più attenzione la giunzione uretero-vescicale dove si interrompeva la idronefrosi evidenziando un'area iso-iperecogena occupante spazio priva di echi doppler. Nel timore che potesse trattarsi di una ostruzione ab estrinseco di natura jatrogena o nella peggiore delle ipotesi di una recidiva, abbiamo indirizzato la paziente dal chirurgo operatore, consegnandole la documentazione iconografica raccolta.

► Nuovo ricovero e intervento

La paziente veniva subito ricoverata in ambiente ginecologico e sottoposta a altre indagini.

• **URO-RMN:** conferma di quanto valutato ecograficamente: "processo

espansivo del diametro di circa 4 cm della parete posterolaterale dx della vescica. Dilatato l'uretere omolaterale. Dilatazione delle cavità calico-pieliche". Dopo pochi giorni (luglio 2016) veniva sottoposta ad intervento chirurgico di laparotomia longitudinale mediana pubo-sovraombelicale. Asportazione radicale di lesione paravaginale destra e di un frammento dell'uretere. Reimpianto di uretere destro in vescica".

• **Diagnosi istologica:** localizzazione secondaria periureterale di tumore mulieriano maligno del diametro di 4 cm. Ad agosto veniva inviata ai colleghi della Radioterapia dell'Istituto Oncologico di Bari per eseguire trattamento radiante.

► Follow-up

La paziente ha regolarmente eseguito indagini clinico-laboratoristiche e strumentali per il follow-up compresa PET-TC total body con esito negativo. Attualmente la signora AG è in buone condizioni di salute e periodicamente si presenta in ambulatorio di medicina generale portando in visione il risultato dei referti relativi alle indagini di follow-up e che risultano tutt'ora costantemente negativi (ultimo controllo a settembre 2016).

► Conclusioni

Il caso clinico appena esposto e che si è presentato durante la frequenza pratica dell'ambulatorio di medicina generale mi ha permesso di prendere coscienza che l'ecografia è un'importante indagine diagnostica di cui si deve avvalere un buon medico di medicina generale nel suo ambulatorio perché può rendere possibile la diagnosi per un gran numero di patologie o per lo meno può risultare il primo step diagnostico per ulteriori approfondimenti nel campo dell'imaging nella conferma di sospetti patologici.

Nel caso clinico descritto, l'ecografia generalista è risultata fondamentale nel porre diagnosi differenziale tra colica renale e recidiva neoplastica.

Vari colleghi del Pronto soccorso, sulla scorta della evidenza clinica, avevano correttamente sospettato banali coliche renali, ma solo l'utilizzo dell'ecografia come quinto tempo della visita ambulatoriale generalista, ha permesso non solo di porre diagnosi differenziale tra colica renale e recidiva neoplastica, ma anche di confermare il fondato sospetto che si trattasse davvero di recidiva. Si evince pertanto l'utilità di un ecografo in ogni ambulatorio di medicina generale e soprattutto l'importanza che il Mmg abbia adeguata formazione nell'esecuzione dell'ecografia che permette in molti casi di anticipare diagnosi su numerose patologie ed abbreviare così i tempi per l'inizio dei trattamenti. Da quanto esposto in precedenza possiamo dedurre che accanto ai comuni strumenti medici diagnostici come dermatoscopio, sfigmomanometro, otoscopio ecc.. risulta indispensabile l'ecografo per rendere più accurata e completa la visita in un ambulatorio di medicina generale. Al fine poi di rendere più brevi i tempi per una definizione diagnostica relativa ad un corteo sintomatologico complesso e che spesso impone diagnosi differenziale con altre patologie, si rende più che mai opportuno ed efficace l'utilizzo dell'ecografia generalista. Questa tecnica molto sensibile per numerose patologie, poco costosa e non invasiva permette al Mmg di completare la sua diagnosi o di dirimere sospetti diagnostici dopo attenta e paziente raccolta di dati anamnestici supportati talora da esami ematochimici e di orientarsi in maniera chiara e appropriata in una sempre più corretta gestione globale del paziente permettendogli di avere una visione olistica delle patologie dei propri assistiti.

Il paziente obeso iperteso: inquadramento clinico e approccio terapeutico

L'ipertensione arteriosa correlata all'obesità è una condizione fisiopatologica e clinica caratterizzata dal "fenotipo obeso iperteso" che richiede specifica attenzione nell'inquadramento clinico e nella gestione terapeutica

Riccardo Sarzani

Direttore Clinica di Medicina Interna e Geriatria

Centro Regionale di Riferimento Ipertensione arteriosa e Malattie cardiovascolari

INRCA - IRCCS, Ancona - Professore di Medicina Interna - Università Politecnica delle Marche

L'ipertensione arteriosa è uno tra i più importanti fattori di rischio cardiovascolare o, forse, il più importante in assoluto. La sua importanza si evidenzia anche da una serie di studi che, negli anni, l'hanno confermata come primo fattore di rischio di morte a livello planetario. La classificazione dei valori pressori e del rischio cardiovascolare (sulla base di fattori associati) secondo le linee guida ESH-ESC 2013 è mostrata in *figura 1*⁽¹⁾.

Si è stimato che almeno il 75% dei casi d'ipertensione arteriosa essenziale sia dovuto principalmente all'obesità, specie se viscerale, interagente con una comune predisposizione poligenica nello sviluppo di elevati valori tensivi, predisposizione molto diffusa nella specie umana⁽²⁾. L'ambiente, sempre più obesogeno ed ipertensivante in cui viviamo, fornisce cibi in abbondanza ad "alta intensità" in calorie, sale e zucchero, tutti fattori noti per aumentare sia il peso corporeo che la pressione arteriosa. Il tipico iperteso "essenziale" è un paziente in sovrappeso corporeo,

ma anche i pazienti ipertesi normopeso frequentemente hanno una eccessiva obesità viscerale facile da documentare se viene investigata, oltre che con la "fettuccia metrica" e la circonferenza vita anche con metodiche radiologiche. Si può quindi affermare che l'adiposità in eccesso è una delle caratteristiche fondamentali della comune ipertensione arteriosa essenziale o primaria.

L'ipertensione arteriosa correlata all'obesità è una condizione fisiopatologica e clinica caratterizzata quindi dal "fenotipo obeso iperteso" che richiede specifica attenzione nell'inquadramento clinico e nella gestione terapeutica. Il motivo di tale considerazione sta nel fatto che la combinazione obesità-ipertensione è molto spesso associata anche ad anomalie metaboliche che si evidenziano con elevati livelli di trigliceridemia, bassi livelli di colesterolemia HDL, elevati livelli di colesterolemia aterogena (colesterolo non-HDL) ed elevata glicemia, configurando un fenotipo ad alto rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2 (DM2)^(1, 2).

► **Ipertensione arteriosa ed eccesso di adiposità**

► *Predisposizione genetico-familiare*

La predisposizione genetica "poligenica" all'ipertensione arteriosa dell'obeso rispecchia sostanzialmente quella dell'ipertensione arteriosa essenziale in generale, ma vale la pena di fare alcune considerazioni specifiche.

È ben noto come non tutti gli obesi siano ipertesi, ma, dati i molteplici fattori ipertensivanti presenti nell'obeso, è probabile che vi siano anche fattori genetici protettivi "ipotensivanti" che permettono ad alcuni obesi di rimanere normotesi nonostante l'ambiente obesogeno ed ipertensivante in cui viviamo. Ad esempio, i livelli di espressione allele-specifica di angiotensinogeno (AGT) nel tessuto adiposo possono essere geneticamente determinati ed alcune varianti possono associarsi ad una minore espressione di AGT nel tessuto adiposo viscerale umano⁽³⁾. Data la variabile quantità di tessuto adiposo e la variabile produzione di AGT è possibile ipo-

Figura 1

Ipereso con fattori di rischio cardiovascolari

Altri fattori di rischio, danno d'organo asintomatico o patologia concomitante	Pressione arteriosa (mmHg)			
	Normale-alta SBP 130-139 o DBP 85-89	HT di grado 1 SBP 140-159 o DBP 90-99	HT di grado 2 SBP 160-179 o DBP 100-109	HT di grado 3 SBP ≥ 180 o DBP ≥ 110
Nessun altro RF		Rischio basso	Rischio moderato	Rischio alto
1-2 RF	Rischio basso	Rischio moderato	Rischio moderato-alto	Rischio alto
≥ 3 RF	Rischio moderato-basso	Rischio moderato-alto	Rischio alto	Rischio alto
OD, CKD di stadio 3 o diabete	Rischio moderato-alto	Rischio alto	Rischio alto	Rischio alto-molto alto
CVD sintomatica, CKD di stadio ≥4 o diabete con OD/RF	Rischio molto alto	Rischio molto alto	Rischio molto alto	Rischio molto alto

Stratificazione del rischio CV globale basso, moderato, alto e molto alto in relazione ai valori di SBP e DBP e alla prevalenza di RF, OD asintomatico, diabete, stadio di CKD o CVD sintomatica. I soggetti con BP clinica normale, ma elevati valori di BP al di fuori dell'ambiente medico (ipertensione mascherata) hanno un rischio CV simile a quello riscontrato nell'iperteso. I soggetti con valori di BP clinica elevati ma normale BP al di fuori dell'ambiente medico (ipertensione da camice bianco), anche se vi è associato diabete, OD, CVD o CKD, presentano un minor rischio rispetto all'iperteso stabile per gli stessi valori di BP.

BP, pressione arteriosa; CKD, nefropatia cronica; CV, cardiovascolare; CVD, malattia cardiovascolare; DBP, pressione arteriosa diastolica; HT, ipertensione; OD, danno d'organo; RF, fattore di rischio; SBP, pressione arteriosa sistolica.

Mancia G et al. 2013

tizzare il ruolo dell'AGT proveniente dal tessuto adiposo nella disregolazione del sistema renina-angiotensina-aldosterone (SRAA), come è stato più volte documentato.

È da sottolineare il fatto che la predisposizione genetica prevalente può anche esser quella verso l'obesità in primis più che verso l'ipertensione. Inoltre, l'ambiente familiare può negativamente influenzare il pattern alimentare e lo sviluppo sia di obesità che di ipertensione arteriosa, con la prima che può precedere la seconda anche di decenni iniziando spesso nell'infanzia o nell'adolescenza.

► **SRAA, alimentazione e introito di sale**

In un contesto di SRAA disregolato, con una inappropriatamente "normale" attività reninica e con aldosterone plasmatico in genere sopra la mediana dei valori normali,

l'eccessivo introito di sale, soprattutto quello contenuto nei cibi, ha un ruolo importante nel far alzare i livelli di pressione arteriosa⁽⁴⁾. I dati di un recente studio multicentrico italiano hanno mostrato che in Italia in media gli uomini consumano circa 10.9 g e le donne 8.5 g di sodio cloruro al giorno⁽⁵⁾ mentre l'OMS ne raccomanda non più di 5 g, dato anche che con 6 g di sale al giorno è possibile sperimentalmente causare un rapido aumento pressorio nei primati.

Il ruolo dell'introito eccessivo di sale è importante nell'ipertensione associata all'obesità, una condizione che è in parte mediata dalla ritenzione di sodio e da meccanismi neuroumorali che determinano espansione del volume plasmatico. Infatti, mentre la maggior parte dei casi d'ipertensione arteriosa riscontrata nei soggetti normopeso è principalmente determinata

da un aumento delle resistenze periferiche vascolari, l'ipertensione correlata all'obesità è spesso caratterizzata da un incremento della portata cardiaca e da una "inappropriata normalità" delle resistenze periferiche, uno sbilanciamento che comunque comporta un aumento della pressione arteriosa, essendo le resistenze periferiche comunque troppo elevate per l'aumentata portata cardiaca.

► **Ruolo del rene**

È assodato che l'ipertensione arteriosa "segua" il rene e questo non può sorprendere dato che il SRAA agisce prevalentemente a questo livello. Inoltre studi autoptici hanno dimostrato che gli ipertesi nascono con un numero di nefroni nettamente inferiore a quello dei normotesi, cosa che, negli anni/decenni, ne favorirebbe il sovraccarico funzionale e una più rapida perdita di

glomeruli e quindi nefroni. L'obesità di per sé impone un sovraccarico funzionale e contribuisce, assieme all'aumento dei valori pressori, alla più rapida perdita di nefroni. La progressiva perdita di nefroni e la perdita quindi di funzione renale fino al quadro di nefropatia cronica (con quadri più o meno "nefroangiosclerotici") è poi a sua volta una importante componente fisiopatologica dell'ipertensione, specie negli obesi anziani, componente che determinerà anche l'efficacia delle terapie di combinazione e la necessità di monitorare i parametri renali e gli elettroliti plasmatici.

► **Ruolo del sistema dei peptidi natriuretici cardiaci**

Un altro importante sistema coinvolto nell'ipertensione dell'obeso è quello formato dai peptidi natriuretici ANP e BNP, veri e propri ormoni prodotti dal cuore che agiscono a vari livelli come il rene ed il surrene, antagonizzando sostanzialmente gli effetti del SRAA⁽⁴⁾. Il problema sorge dal fatto che gli adipociti non solo producono AGT ma esprimono elevati livelli del recettore NPRC, che è il recettore di "clearance" dei peptidi natriuretici, riducendone l'efficacia e i livelli circolanti⁽⁴⁾. Questo NPRC è indotto dall'entrata, insulino-dipendente, di glucosio e questo crea un importante link tra alimentazione, glicemia, insulinoemia e funzionalità del sistema dei peptidi natriuretici che, tra le altre cose, inducono una lipolisi a fini termogenici in quanto inducono in parallelo mitocondriogenesi e UCP1, la principale proteina che disaccoppia la catena citocromica mitocondriale dalla sintesi di ATP con dispersione di energia corporea sotto forma di calore⁽⁶⁾. L'insieme di queste componenti

fisiopatologiche dell'ipertensione arteriosa nell'obeso fortemente sostiene l'uso degli antagonisti del SRAA, con la preferenza di ACE-inibitori o sartani in associazione a vasodilatatori diretti quali i calcio-antagonisti diidropiridinici per ridurre le resistenze periferiche, ma giustifica anche l'uso dei diuretici in particolare di quelli tiazidici e tiazidico-simili. Sempre per queste componenti fisiopatologiche può essere necessario, in alcuni pazienti obesi, associare una bassa dose di antagonisti dell'aldosterone per vari meccanismi, tra cui quello dell'escape all'azione inibitoria di ACE-inibitori o sartani⁽⁷⁾. In effetti oggi i casi di vera ipertensione resistente alla terapia farmacologica si ritengono molto più rari se nell'obeso, dove spesso si osservano casi di ipertensione apparentemente resistente, si utilizzano i farmaci appropriati nelle corrette associazioni e dosaggi.

► **Principi di terapia antipertensiva nel paziente obeso-iperteso**

Il ruolo della terapia non-farmacologica con la modifica del "lifestyle" è fondamentale nel paziente iperteso in sovrappeso corporeo. Non vi è dubbio che una dieta ipocalorica associata ad aumento dell'attività fisica determini un netto calo della pressione arteriosa in molti pazienti. Modifiche della composizione della dieta, rinunciando ai cibi ricchi di sale e di zuccheri, bevande zuccherate incluse, rafforzano sicuramente i benefici anche dal punto di vista metabolico, aspetti strettamente associati alla pressione arteriosa⁽⁴⁾. Purtroppo gli studi dimostrano che sebbene efficace, la terapia non-farmacologica tende poi a fallire

nell'arco di 6-12 o al massimo 24 mesi nella stragrande maggioranza dei pazienti, alcuni dei quali, per il livello di grado 2 (con altri fattori di rischio) o di grado 3 dei valori pressori, richiedono comunque terapia farmacologica sin da subito.

La terapia farmacologica antipertensiva dovrebbe in gran parte attenersi alle indicazioni delle linee guida europee ESH nella loro ultima versione del 2013⁽¹⁾, con attenzione anche alle ultime novità in termini di trial clinici randomizzati.

Le linee guida, in estrema sintesi, dicono che la prima cosa importante da fare è ridurre la pressione arteriosa sotto a 140/90 mmHg nella grandissima parte dei pazienti ipertesi. Quando la pressione di riferimento è invece quella automisurata a domicilio dal paziente, i valori di riferimento come indice di buon controllo pressorio sono inferiori a 135/85 mmHg, cosa che spesso nella pratica molti medici tendono a dimenticare. I valori a partire dai quali si può porre la diagnosi di ipertensione arteriosa (quando confermati in almeno due giorni differenti e dopo aver appropriatamente misurato la pressione ad entrambe le braccia e anche in ortostatismo) sono riportati nella *figura 2*.

Oltre che sulla base dei risultati dei trial clinici e delle indicazioni delle linee guida, i farmaci ideali per il trattamento dei pazienti obesi ipertesi sarebbero quelli con azione diretta sui principali fattori patogenetici, riducendo la pressione, prevenendo il danno d'organo, gli eventi cerebro e cardiovascolari, senza influenzare negativamente le anomalie metaboliche presenti nell'obesità. Fino ad oggi tuttavia esistono solo pochi studi prospettici sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci antiper-

tensivi nei pazienti obesi. Il SRAA è inappropriatamente normale nel paziente obeso-iperteso che, invece, dovrebbe averlo soppresso a causa del suo usualmente elevato introito idrosalino, della tendenza alla ritenzione idrosalina e dell'ipertensione arteriosa^(1, 2, 4) e di fatto, molti studi clinici controllati hanno mostrato i benefici della terapia con ACE-inibitori sulla morbilità e mortalità cardiovascolare. Inoltre, a livello subclinico, negli ipertesi gli ACE-inibitori e i sartani favoriscono maggiormente la regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra, riducono la microalbuminuria e la proteinuria e rallentano la progressione della disfunzione renale⁽¹⁾. Dal punto di vista metabolico questi farmaci, soprattutto grazie al loro ruolo nel mantenere un normale pool di potassio corporeo e di potassiemia, specie in presenza di terapia diuretica, sono in grado di migliorare la secrezione insulinica e la sensibilità all'insulina. Inoltre, il SRAA localizzato a livello del tessuto adiposo sembra essere completo fino a suggerire anche la locale

sintesi di aldosterone in certe condizioni. Questo sistema risulta attivato nell'obesità, con aumentata produzione, particolarmente a livello del grasso viscerale, sia di angiotensina II che del suo precursore AGT, che probabilmente contribuiscono agli elevati livelli di angiotensina II circolante nei soggetti obesi e che contribuirebbero a determinare gli elevati valori pressori di questi pazienti^(2, 4, 7). Gli ACE-inibitori e i sartani sono quindi tra i farmaci più appropriati per il trattamento dell'ipertensione associata ad obesità, confermando il fatto che questi farmaci sono quantomeno metabolicamente neutri e che non sono stati mai associati ad aumento di peso corporeo o ad un effetto negativo sul metabolismo gluco-lipidico. Molte altre evidenze, documenti di consenso e linee guida indicano quindi che la scelta degli ACE-inibitori o sartani sia un primo passo terapeutico "obbligato" nella maggioranza dei pazienti. Ma cosa associare poi? Quali sono le evidenze e cosa dicono le linee guida?

► **La terapia di associazione nel paziente obeso-iperteso**

Le linee guida ESH 2013, come molte altre, indicano chiaramente l'importanza, per non dire la necessità assoluta, di una terapia di combinazione per raggiungere un ottimale controllo dei valori pressori. La terapia di associazione viene oggi consigliata nel paziente iperteso non in trattamento in considerazione dei suoi valori pressori e del suo livello globale di rischio cardiovascolare, un aspetto importantissimo che non va mai sottovalutato.

Evidenze molteplici indicano che le associazioni a dosi fisse precostituite presentano un insieme di vantaggi rispetto alle associazioni estemporanee, che si traducono in una maggiore aderenza e persistenza in trattamento e migliori outcome, con significativa riduzione degli eventi cardiovascolari⁽¹⁾.

Tra le associazioni fisse con due farmaci antipertensivi, per molti anni ha prevalso la scelta di un ACE-inibitore o sartano associato a idroclorotiazide, spesso al dosaggio di 12.5 mg, un dosaggio peraltro inefficace in molti pazienti. Lo studio ACCOMPLISH[®] ha contribuito ad aprire un nuovo periodo nella storia delle associazioni fisse precostituite in quanto ha dimostrato, al di là di ogni ragionevole dubbio, che l'associazione tra un ACE-inibitore con un calcioantagonista era superiore per efficacia preventiva rispetto alla associazione tra lo stesso ACE-inibitore e l'idroclorotiazide, a parità di valori pressori similmente ridotti. Infatti anche un sottostudio, con l'uso del monitoraggio pressorio delle 24 ore, ha dimostrato chiaramente, l'assenza di differenze nei valo-

Figura 2

Soglie di pressione arteriosa per la definizione di ipertensione con differenti tipi di misurazione

Categoria	Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	e/o	Pressione arteriosa diastolica (mmHg)
Pressione arteriosa in studio	≥140	e/o	≥90
Pressione arteriosa ABPM domiciliare			
• Diurna	≥135	e/o	≥85
• Notturna	≥120	e/o	≥70
• 24 ore	≥130	e/o	≥80
Pressione arteriosa a domicilio	≥135	e/o	≥85

Mancia G et al. 2013

ri pressori, a giustificare la superiorità dell'associazione ACE-inibitore- calcioantagonista⁽⁹⁾.

Sebbene questo studio non fosse stato fatto con associazioni precostituite a dosaggi fissi, si aprì la porta alla produzione di varie associazioni fisse precostituite, da pochi anni disponibili in Italia, con ACE inibitori (enalapril, ramipril e perindopril tra i più utilizzati) e calcioantagonisti (amlodipina e lercanidipina tra i più utilizzati).

► **Le associazioni fisse ACE-inibitore e calcioantagonista nella terapia dell'obeso iperteso**

Vi sono pochissimi studi pensati ad hoc per indagare la risposta nel paziente iperteso obeso.

Nello stesso studio ACCOMPLISH prima citato⁽⁸⁾, come del resto in moltissimi altri studi sul trattamento dell'ipertensione arteriosa, vi erano quasi la metà dei soggetti (più di 5.000 su 11.000 totali) con un BMI >30 kg/m². Fu quindi condotta una sottoanalisi che evidenziò però come negli obesi l'associazione benazepril-idroclorotiazide producesse un migliore outcome (combinato di morte cardiovascolare, infarto e ictus) rispetto all'outcome globale dello studio, dove invece l'associazione ACE-inibitore e calcioantagonista prevalse⁽¹⁰⁾.

In uno studio con l'associazione fissa perindopril-amlodipina si osservò in effetti che il fattore principale che riduceva l'efficacia del calo pressorio erano proprio il BMI e la circonferenza vita, due noti indici di adiposità diffusa e centrale rispettivamente⁽¹¹⁾. Il BMI inoltre, oltre alla pressione arteriosa di partenza, era un fattore che significativamente riduceva la percentuale di controllo "a target" dei pazienti trattati.

In un altro studio con il monitoraggio pressorio delle 24 ore si dimostrò l'efficacia della combinazione enalapril-lercanidipina in una popolazione con un BMI medio di 29 kg/m². Si evidenziò che il trattamento era anche in grado di ridurre l'indice di variabilità pressoria, un altro aspetto del profilo pressorio che si associa ad aumentato rischio cardiovascolare⁽¹²⁾.

Nel trial multicentrico europeo in doppio cieco FELT, recentemente pubblicato, l'associazione enalapril lercanidipina è stata testata in ipertesi obesi (BMI medio 29.9 kg/m²) con ipertensione arteriosa di grado 2 e se ne è vista l'efficacia, soprattutto per il dosaggio fisso 20/20 mg, anche sulla pressione domiciliare, oltre che sulla pressione misurata in modo tradizionale⁽¹³⁾. È interessante notare che la combinazione fissa 20/20 è risultata avere una ottimale tollerabilità rispetto alla monoterapia, con minor incidenza di tosse, edemi alle caviglie, tachicardia/palpitazioni, senza alcun aumento di casi di ipotensione o capogiro⁽¹³⁾.

Forse uno dei lavori ad hoc più interessanti è quello appena pubblicato di Serravalle et al. (2016) che ha studiato in cross-over e in doppio cieco una popolazione di ipertesi con obesità centrale⁽¹⁴⁾. In questo studio l'associazione fissa lercanidipina (10-20 mg) - enalapril (20 mg) è stata paragonata con l'associazione felodipina (5-10 mg) - enalapril (20 mg) che hanno mostrato simile efficacia nella riduzione dei valori pressori. Ma andando ad analizzare aspetti neurovegetativi e metabolici si è riscontrato che con la felodipina in associazione si aveva maggiore attivazione riflessa del simpatico e maggiore insulino-resistenza⁽¹⁴⁾. Questo è un importante dato che sottolinea come una di-

versa farmacocinetica e farmacodinamica anche all'interno di una stessa classe (calcioantagonisti diidropiridinici) può associarsi ad un diverso profilo neuromorale che potrebbe essere particolarmente importante in pazienti con obesità centrale già prone al dismetabolismo e all'insulino-resistenza⁽¹⁴⁾.

► **Considerazioni finali**

Le associazioni precostituite a dosi fisse rappresentano un grande passo avanti per il raggiungimento di un ottimale controllo pressorio in un contesto di buona od ottima tollerabilità, che significa migliore aderenza e più lunga persistenza in trattamento.

Sono stati clamorosi i risultati dello studio SPRINT⁽¹⁵⁾ che è stato terminato precocemente per eccesso di beneficio nel gruppo con pressione portata gradualmente sotto a 120 mmHg di sistolica (invece che sotto i 140). Lo studio SPRINT è uno studio multicentrico randomizzato, finanziato direttamente dall'Istituto di Sanità USA (NIH) con ben 114 milioni di dollari, che ha arruolato più di 9.300 ipertesi di 50 anni o più di età, senza diabete o pregresso ictus, ma comunque ad alto rischio cardiovascolare.

La disponibilità di molte diverse associazioni ACE-inibitore-calcioantagonista diidropiridinico disponibili in Italia offrono una possibilità ulteriore: l'assunzione serale della compressa di terapia combinata a dosi fisse associando al mattino al risveglio un diuretico, meglio se tiazidico-simile (clortalidone o indapamide) che, specie nel paziente obeso "più resistente" alla terapia farmacologica, può portare al completo successo terapeutico aumentando i pazienti completamen-

te controllati e a “target” in modo significativo. Non a caso in tutte le definizioni di “ipertensione resistente” è reso obbligatorio che il paziente sia stato trattato con dosi congrue di almeno tre farmaci tra cui un diuretico. Alcune linee guida ancora più restrittive limitano l’uso di “ipertensione resistente” ai casi in cui vi sia pressione elevata dopo l’uso di ben 4 farmaci in combinazione, includendo anche una bassa dose di un antialdosteronico.

Non bisogna però dimenticare che quello che più conta è l’aderenza e la persistenza in trattamento, favorita dalle combinazioni a dosi fisse, meglio tollerate della monoterapia in termini di edemi alle caviglie, tipico effetto di molti calcioantagonisti ed in primis dell’amlodipina. Infatti l’associazione enalapril-lercanidipina ha proprio confermato questa maggiore tollerabilità anche nel recente studio FELT sostanzialmente condotto in pazienti obesi ipertesi con ipertensione di grado 2⁽¹³⁾, pazienti già facilmente pronti ad avere lievi edemi agli arti inferiori anche in assenza di terapia con calcioantagonista.

Bibliografia

1. Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31: 1281-357.
2. Jordan J, et al. Joint statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension: obesity and difficult to treat arterial hypertension. *J Hypertens* 2012; 30: 1047-55.
3. Sarzani R, et al. Angiotensinogen promoter variants influence gene expression in human kidney and visceral adipose tissue. *J Hum Hypertens* 2010; 24: 213-9.
4. Sarzani R, et al. Renin-angiotensin system, natriuretic peptides, obesity, metabolic syndrome, and hypertension: an integrated view in humans. *J Hypertens* 2008; 26: 831-43.
5. Strazzullo P, et al.; GIRCISI Working Group. Population based strategy for dietary salt intake reduction: Italian initiatives in the European framework. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012; 22: 161-6.
6. Bordicchia M, et al. Insulin/glucose induces natriuretic peptide clearance receptor in human adipocytes: a metabolic link with the cardiac natriuretic pathway. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2016; 311: R104-14. doi: 10.1152/ajpregu.00499.2015.
7. Sarzani R, et al. Plasma aldosterone is increased in class 2 and 3 obese essential hypertensive patients despite drug treatment. *Am J Hypertens* 2012; 25: 818-26.
8. Jamerson K, et al; ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008; 359: 2417-28.
9. Jamerson KA, et al. Efficacy and duration of benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide on 24-hour ambulatory systolic blood pressure control. *Hypertension* 2011; 57: 174-9.
10. Weber MA, et al. Effects of body size and hypertension treatments on cardiovascular event rates: subanalysis of the ACCOMPLISH randomized controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 537-45.
11. Zhang Y, et al. Effect of a fixed combination of Perindopril and Amlodipine on blood pressure control in 6256 patients with not-at-goal hypertension: the AVANT’AGE study. *J Am Soc Hypertens* 2013; 7: 163-9.
12. Scholze J, et al. Efficacy and safety of a fixed-dose combination of lercanidipine and enalapril in daily practice. A comparison of office, self-measured and ambulatory blood pressure. *Expert Opin Pharmacother* 2011; 12: 1-9.
13. Mancia G, et al. FELT investigators. Effects on office and home blood pressure of the lercanidipine-enalapril combination in patients with Stage 2 hypertension: a European randomized, controlled clinical trial. *J Hypertens* 2014; 32: 1700-7.
14. Seravalle G, et al. Differential effects of enalapril-felodipine versus enalapril-lercanidipine combination drug treatment on sympathetic nerve traffic and metabolic profile in obesity-related hypertension. *J Am Soc Hypertens* 2016; 10: 244-51.
15. SPRINT Research Group, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2015; 373: 2103-16.

Il valore terapeutico della compassione

Passata in rassegna la letteratura scientifica, che afferma il valore terapeutico della compassione, gli Autori propongono una loro definizione di medico compassionevole. Differenziata la compassione dalla commiserazione, confutano le tesi di chi la ritiene “non necessaria” o una qualità naturale impossibile da oggettivare e da accrescere. Ribaditane il valore per la Medicina generale/di famiglia, sottolineano l’importanza che dovrebbe avere in ambito formativo, proponendo un confronto tra colleghi

Stefano Alice, Mara Fiorese, Maurizio Ivaldi
Medicina Generale, Genova

Ce lo rivela una attenta revisione della letteratura scientifica. C’è qualcosa che riduce così tanto il dolore post-operatorio da dimezzare la dose di morfina necessaria per controllarlo. È lo stesso fattore che diminuisce del 30% la probabilità di un secondo accesso in Pronto Soccorso. Risultati interessanti, ma non sono i soli.

Prolunga del 30% la sopravvivenza di malati terminali di cancro polmonare; limita la mortalità cardiaca nei pazienti a rischio più di quanto non faccia l’assunzione di acido acetilsalicilico o la cessazione del fumo; evita ai diabetici il 42% degli accessi d’urgenza in ospedale; migliora l’esito delle cure ai traumatizzati; potenzia le difese immunitarie; accresce del 62% il rispetto delle terapie.

Non c’è che dire: grande efficienza e scarsa specificità.

Dopo averne letti gli effetti, probabilmente non tutti avranno capito di cosa si tratta. Però nessuno si stupirà che comporti una riduzione dei costi del 30%.

Che cosa è in grado di incidere così tanto sulla salute, di cambiare le cose in meglio sino a questo punto?

► La compassione non è commiserazione

La risposta è la compassione o, meglio, i medici compassionevoli. Probabilmente ora perderemo alcuni tipi di lettori.

Rischiamo l’abbandono da parte di quelli che confondono la compassione con la commiserazione sprezzante. È un significato degenerato, proprio del linguaggio popolare, che, oltre ad essere etimologicamente scorretto, è lontanissimo da quello che il termine assume nella letteratura medica.

Soprattutto interromperanno la lettura due categorie di medici:

- tutti quelli che ritengono che il loro dovere sia essere tecnicamente competenti e aggiornati e che nulla di più si abbia il diritto di chiedere loro, se non un minimo di buona educazione. Tra di loro c’è chi afferma che la compassione è una “componente non necessaria”, che oltretutto mette i medici e gli infermieri a rischio di depressione. L’esponente più nota di questa linea di pensiero è Anna Smajdor, docente di Bioetica all’Università dell’East Anglia.
- Tutti quelli che, pur considerando la compassione importante, credo-

no che si tratti esclusivamente di una qualità naturale, che può essere al più accresciuta da qualche toccante esperienza esistenziale, comunque impossibile da comprare in farmacia, difficile da gestire, misurare, controllare e soprattutto da insegnare.

Le considerazioni che seguono sono dedicate a quanti tra costoro fossero disponibili ad affrontare il fastidio, che potrebbe derivare dalla lettura di opinioni dissonanti con i propri convincimenti.

► Riumanizzare l’assistenza sanitaria

Cominciamo col dire che le prove che la compassione fa bene ai pazienti e riduce i costi di cura, a cui abbiamo fatto riferimento, sono state raccolte e messe a disposizione di tutti dal Dr Robin Youngson, un anestesista che, nato e formatosi nel Regno Unito, esercita molti anni in Nuova Zelanda. Chi desidera approfondire l’argomento può visitare il suo sito, heartsinhealthcare.com, dedicato a documentare l’importanza della relazione paziente-medico per la riumanizzazione dell’assistenza sanitaria.

Non è di certo un esperto anestesista a sottovalutare l'importanza degli aspetti tecnici. Tanto più perché, prima di dedicarsi alla medicina, ha conseguito una laurea in ingegneria all'università di Cambridge, esercitando nel settore petrolchimico. Il suo approccio è moderno, all'insegna di una rigorosa EBM, ma è consapevole che tutto questo non può andare a scapito dell'attenzione per i bisogni dei pazienti.

► **La compassione può essere sviluppata**

Un altro aspetto importante è che il concetto di medico compassionevole è meno complesso e meno vago di quel che potrebbe sembrare. Ad ottenere i buoni risultati, che hanno attirato la nostra attenzione, sono medici che rientrano in una di queste due categorie: sono giudicati dai loro pazienti dotati di un alto livello di empatia o hanno seguito con profitto corsi sulla comunicazione medico-paziente. Le tecniche per comunicare in maniera efficace possono essere insegnate. Inoltre è possibile aiutare ognuno di noi a divenire consapevole della capacità di compassione che è in lui, a saperla riconoscere, a trarne ispirazione, a lasciare che influenzi e stimoli le nostre azioni. Insomma la compassione può essere sviluppata. Del resto ne abbiamo la controprova. Quanti colleghi abbiamo visto indurirsi negli anni, perdere l'amore per la professione e per il paziente man mano che perdevano la loro autonomia? Ridotti a rotelline di un ingranaggio, sono divenuti freddi, distaccati, irritabili. Quanti studenti abbiamo visto perdere la motivazione a lenire la sofferenza prima ancora di conseguire la laurea? Un

TOP TEN SCIENTIFIC REASONS WHY COMPASSION IS GREAT MEDICINE



- 

1

COMPASSION CHANGES PATIENTS' PHYSIOLOGY Non-verbal communication of compassion directly affects patients' autonomic nervous system, breathing, heart rate variation (HRV), reduces stress and increases peacefulness
- 

2

COMPASSION REDUCES PAIN After an empathetic pre-op consultation, patients have better surgical outcomes, better wound healing, use half the dose of morphine and go home earlier (randomized controlled trials)


- 

3

COMPASSION REDUCES READMISSIONS When patients are given compassionate care in the ER they are 30% less likely to return to the ER for the same problem (randomized controlled trial)


- 

4

COMPASSION PROLONGS SURVIVAL Patients with terminal lung cancer with early access to compassionate palliative care have better quality of life, less depression, fewer interventions, reduced cost of care, and survive on average 30% longer (randomized controlled trial)


- 

5

COMPASSION REDUCES MORTALITY Having a caring doctor cuts the five-year risk of a heart attack more than aspirin, and reduces overall mortality more than smoking cessation (meta-analysis of randomized controlled trials)


- 

6

COMPASSION IMPROVES GLUCOSE CONTROL Diabetic patients who rate their doctors as 'high empathy' have 42% fewer emergency admissions to hospital


- 

7

COMPASSION IMPROVES TRAUMA OUTCOMES Surgical trauma patients who rated their doctor 'high empathy' were twenty times more likely to report good outcomes six weeks after discharge


- 

8

COMPASSION INCREASES PATIENT ADHERENCE Patient adherence with treatment is 62% higher when the physician has been trained in empathetic doctor-patient communication (meta-analysis)

LEARN ✓
STUDY ✓
PRACTICE ✓
TRAINING ✓
WORK ✓


- 

9

COMPASSION BOOSTS IMMUNE FUNCTION Patients with the common cold who receive an empathetic consultation have less severe symptoms, recover earlier and have greater changes in IL-6 and neutrophil count


- 

10

COMPASSION REDUCES HEALTH COSTS Total costs of healthcare in the whole system are 30% lower when the primary care doctor provides 'above median' patient-centered care



disastro pedagogico dovuto a un sistema di insegnamento spersonalizzante, disattento agli aspetti vocazionali, che non valorizza adeguatamente la capacità e il merito, che nei momenti di crisi li lascia soli, senza un sicuro riferimento, senza un adeguato supporto e che permette di andare in cattedra an-

che a qualche bulletto, che gode ad umiliare gli allievi. Crediamo che sia intuitivo che ciò che può essere bloccato e fatto regredire, si può anche accrescere, potenziare, migliorare con azioni di segno contrario. Non stiamo dunque parlando di generica bontà d'animo, di retorica

a tratti paternalista e un po' romantica. Stiamo parlando di un fattore, che se anche per l'efficienza delle cure non fosse necessario nel senso di indispensabile, come afferma Anna Smajdor, sarebbe comunque utile perché contribuisce al loro successo rendendolo più probabile e ne migliora l'efficienza diminuendo i costi.

La letteratura scientifica dimostra che è così sia per il singolo professionista che per le organizzazioni. Stiamo parlando di personalità, di valori, di atteggiamenti, dei motivi da cui originano il comportamento e il suo cambiamento. Stiamo parlando di apprendimento. Tutti fattori che sono di fondamentale importanza per l'impatto che hanno sulla performance degli individui, dalla quale dipende in larga misura il successo o l'insuccesso di una organizzazione.

Sono considerazioni in linea con l'approccio biopsicosociale, che supera il dualismo tra la mente e il corpo e tiene conto di tutti i componenti della salute. In base ad esso la relazione tra medico e paziente è parte integrante del processo di cura; non è qualcosa di confinato al campo di cui si occupa la dottoressa Smajdor, quello dell'etica o quello strettamente adiacente della deontologia.

"La relazione risana", come afferma Irvin D. Yalom, professore emerito di Psichiatria all'Università di Stanford, spiegando come in ambito psicoterapico sia la qualità della relazione e non l'orientamento teorico del terapeuta a determinare il successo della cura.

La relazione è personale; una buona relazione nasce dall'aver a cuore una persona ed è un presupposto per la personalizzazione della cura. Ancora una volta non stiamo

parlando di generico umanitarismo, ma di specifico, reale interesse ad alleviare la sofferenza del paziente, che abbiamo di fronte.

Secondo lo psicologo statunitense Carl Rogers le caratteristiche per avere una buona relazione col paziente sono tre: empatia; autenticità; accettazione incondizionata, ovvero accoglienza benevola e non giudicante.

Lo psicologo clinico Rollo May, buon conoscitore della teologia, per indicare ciò che ritiene essenziale per una relazione terapeutica, usa il termine greco *agape* o quello latino *caritas*. La sua visione coincide con quella dell'associazione professionale dei medici di famiglia del Regno Unito (RCGP), che ha come motto "*Cum Scientia Caritas - Compassion with Knowledge*". Ci sembra un'ottima sintesi delle caratteristiche di una disciplina fondamentale per il funzionamento e la sostenibilità finanziaria dell'intero sistema sanitario.

► La proposta per la medicina di famiglia

Se lo stile del medico di famiglia è centrato sul paziente, se questi percepisce che i suoi problemi sono presi sul serio e che il medico tiene conto dei suoi valori, dei suoi bisogni, delle sue preferenze, i consumi sanitari inappropriati calano, con risparmi molto significativi (*J Am Board Fam Med* 2011; 24: 229-39).

Sarebbe nostra ambizione stimolare un dibattito su come modificare la formazione in medicina coerentemente con queste evidenze. Dal punto di vista pratico, essendo consapevoli dei tempi lunghi che sono necessari per realizzare qualsiasi cambiamento in ambito universitario, proponiamo che si cominci col dare maggior spazio ai temi correlati alla comunicazione ed alla relazione nell'ambito della formazione specifica in medicina generale e negli eventi ECM per i medici di famiglia.

Bibliografia

- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24 (3): 229-39.
- Dahlin CM, Kelley JM, Jackson VA, Temel JS. Early palliative care for lung cancer: improving quality of life and increasing survival. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16 (9): 420
- Del Canale S, Louis DZ, Maio V et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *JAMA* 2012; 87 (9): 1243-9.
- Egbert LD, Battit GE, Welch CE et al. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. A study of doctor patient rapport. *NEJM* 1964; 270: 825-7.
- Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira Let al. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014; 9 (4): e94207.
- Kemper KJ, Shaltout HA. Non verbal communication of compassion: measuring psychophysiological effects. *BMC Complement Altern Med* 2011; 11:132.
- Pereira L, Figueiredo Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 733-8.
- Rakef D, Barrett B, Zhang Z et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Education and Counseling*. 2011; 85 (3): 390-7.
- Redelmeier DA, Molin JP, Tibshirani RJ. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet*. 1995; 345 (8958): 1131-4.
- Steinhausen S, Ommen O, Thum S et al. Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Educ Couns* 2014; 95 (1): 53- 60.
- Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009; 47 (8): 826-34.