M.D.

MEDICINAE DOCTOR Anno XXIV, numero 7 - ottobre 2017

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

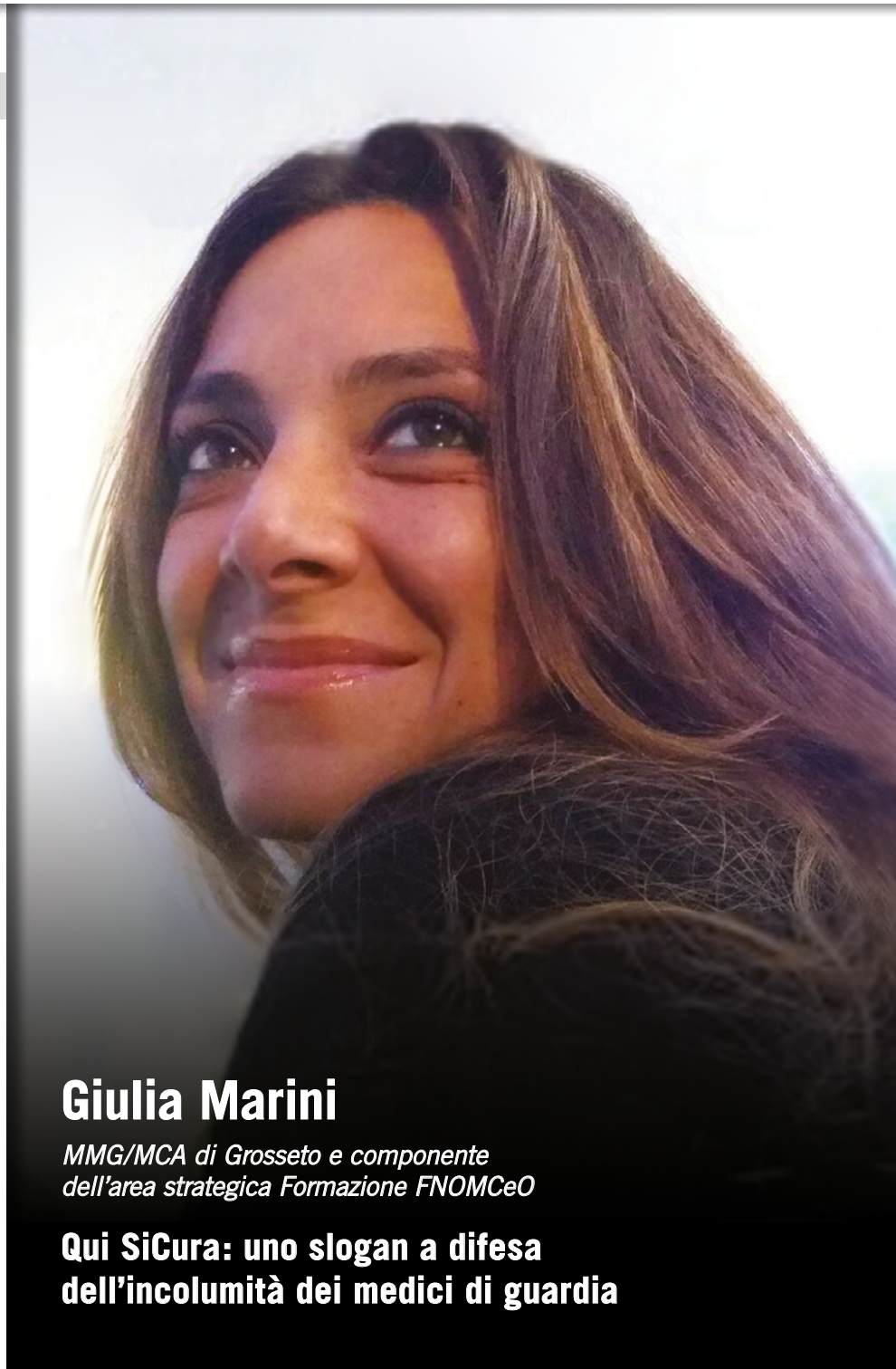
Critica della Ragion CUP(a)

PROFESSIONE 12

Il nuovo Acn tra aspettative e realtà

RASSEGNA 34

La gestione del paziente aggressivo



Giulia Marini

MMG/MCA di Grosseto e componente dell'area strategica Formazione FNOMCeO

Qui SiCura: uno slogan a difesa dell'incolumità dei medici di guardia

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

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
  Qui SiCura: uno slogan a difesa dell'incolumità dei medici di guardia 5
- **Focus on**
  Critica della Ragion CUP(a) 6
- **Riflessioni**
  La richiesta di cura e il tempo-lavoro nell'era digitale 10
- **Professione**
  Il nuovo Acn tra aspettative e realtà 12
- **Indagini**
  Vogliamo recuperare il nostro ruolo prescrittivo 14
- **Tribuna**
  Denigrare il nostro lavoro è pretestuoso 15
- **Legislazione**
  Abrogato il divieto alla guida per chi è affetto da malattie ematiche 16

AGGIORNAMENTI

- **Endocrinologia**
  Sorveglianza attiva per i microcarcinomi tiroidei 22
- **Geriatria**
  Delirium nella persona anziana, conoscere per prevenire 23
- **Infettivologia**
  Temperature miti in autunno e nuovi casi di chikungunya 24
- **Nefrologia**
  Nuova terapia per il rene policistico autosomico dominante 25
- **Nutrizione clinica**
  Microbiota intestinale e perdita di massa muscolare 26
- **Prevenzione**
  L'influenza che verrà: previsioni per la stagione 2017-18 28
- **Psichiatria**
  Schizofrenia: antipsicotico in somministrazione trimestrale 29
- **Reumatologia**
  Artrite reumatoide, è possibile identificarla all'esordio 30

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
  La gestione del paziente aggressivo 34
- **Terapia**
  Personalizzare il trattamento dell'angina 38
- **Documenti**
  Alcol ed epatopatie: gestione condivisa tra Mmg e specialista 40
- **Ricerche**
  Visite mediche:confronto italiani/stranieri 42
- **Counselling**
  La compassione e la regolazione emozionale 44
- **Osservatorio**
  Prevenzione delle malattie non trasmissibili 46

Qui SiCura: uno slogan a difesa dell'incolumità dei medici di guardia

"Vogliamo lavorare in sicurezza". È questo l'appello lanciato alle istituzioni dalle donne medico che lavorano nei presidi di continuità assistenziale (ex guardia medica) subito dopo i fatti di violenza verificatisi a Catania ai danni di una collega durante il turno di guardia. Dalle parole però le dottoresse sono passate ai fatti dando vita a progetti territoriali con cui tenere alta l'attenzione su un problema che oramai rappresenta una vera e propria emergenza: la sicurezza delle postazioni di guardia medica. Al riguardo rivolgiamo una particolare attenzione all'iniziativa Qui SiCura #ContinuitàAssistenzialeGrosseto nata nel cuore della Maremma, che ha dato vita ad una un'associazione di donne medico della Continuità Assistenziale (CA).

M.D. ne ha parlato con la referente, la dottoressa **Giulia Marini** Mmg/ medico di continuità assistenziale di Grosseto e componente dell'area strategica Formazione FNOMCeO.

"Dopo l'episodio accaduto alla collega di Catania - ha spiegato Marini - insieme ad altre colleghe ci siamo ritrovate nei pressi della postazione di guardia medica di Grosseto dando vita ad un *flash mob*. Ognuna di noi esponeva cartelli recanti la scritta *Qui SiCura* con cui volevamo sottolineare che i presidi dove svolgiamo la nostra attività di medici sono preposti a curare le persone e devono essere sicuri".

Da qui è nata una vera e propria campagna per la messa in sicurezza dei presidi di continuità assistenziale che ha avuto echi nazionali, ottenendo l'attenzione dei media e il sostegno delle istituzioni locali.

"Abbiamo creato anche un gruppo su Facebook - continua Marini - a cui si sono iscritte molti giovani colleghi/e. Il nostro impegno è quello di tenere alta l'attenzione, locale e nazionale, sulle difficoltà e sui problemi che incontrano i medici donne, ma anche uomini, che operano nel servizio di CA. La guardia medica rappresenta il primo incarico per moltissimi giovani medici neolaureati e non è giusto trovarsi ad aver paura di quel che ci può capitare, mentre cerchiamo di assistere e curare chi chiede il nostro intervento. Dovremmo aver timore di poter sbagliare una diagnosi e non di subire un'aggressione. Tutto questo, oltre ad esporci a dei rischi, lede la nostra professione".

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giulia Marini

Critica della Ragion CUP(a)

Un Grande Fratello aleggia sulle prescrizioni dei medici di famiglia il cui potere viene esercitato attraverso gli impiegati di enti pubblici o privati che gestiscono i Centri di Prenotazione Unica (CUP), in simbiosi con il rafforzarsi della telematica sanitaria controllata dallo Stato e dalle Regioni

Francesco Del Zotti - *Medicina Generale Verona - Direttore di Netaudit (www.netaudit.org)*

Un fenomeno sta emergendo nella MG. Il moltiplicarsi di controlli a distanza, per via telefonica e telematica, delle nostre prescrizioni. In particolare in questo articolo analizzeremo il ruolo impropriamente predominante di impiegati di enti pubblici o privati che gestiscono i Centri Prenotazione Unica (CUP), in simbiosi con il rafforzarsi della telematica sanitaria controllata dallo Stato e dalle Regioni. Gli impiegati del CUP appaiono sempre più come i sacerdoti ed interpreti della nuova bibbia: *il catalogo o nomenclatore regionale di visite e prestazioni strumentali*. Ma dall'epoca di Galileo abbiamo imparato a diffidare sia dell'*Ipse dixit* di certe autorità sia di certi interpreti delle loro scritture.

➤ Esempi di fioritura di codici e sub-codici

Un collega prescrive, come fa da anni, la solita ricetta ad un paziente che deve controllare i plantari: "*visita fisiatrica per plantari*". Ma da quando riferito successivamente dall'assistito la ricetta va corretta perché la dicitura della richiesta non corrisponde alla nuova versione del nomenclatore tariffario regionale.
In situazioni simili dobbiamo dedicarci ad una masochistica caccia al tesoro: telefonare a qualche collega o alla Usl per scovare la nuova dizione (*"valutazione protesica"*), scorrendo un catalogo sempre più pletorico e con il paziente davanti e la fila fuori.

Un paziente mi riferisce che il CUP gli ha rifiutato la ricetta di visita ortopedica. La motivazione della prescrizione: dolori in paz con *"Fratture Vertebrali e Coxartrosi" non è esaustiva* serve un altro sotto-codice: non più *'prima visita ortopedica'* codice 89.7b.7_2, ma '*prima visita ortopedica chirurgia vertebrale*' codice 89.7b.7_2.4. Scorro la lunga lista di testo tra cui scopro quello 'ordinato' dall'impiegato del CUP, che bontà sua ha deciso che l'unica voce che contava delle due motivazioni (Fratture e coxartrosi) fosse la prima.

Commento ai casi - In merito al caso dei plantari, sembra si pretenda dai medici che inviino a memoria le centinaia di corrispondenze tra vecchie e nuove dizioni. Sarebbe molto meglio che sia il sistema regionale ad allertarci in automatico: mentre il medico sta scrivendo la vecchia dizione un sistema telematico degno di questo nome dovrebbe avvisare della nuova dizione dell'ultima versione.

Inoltre, in merito alla suddetta visita ortopedica, sembra che ogni versione del catalogo peggiori una tendenza: sparizione delle voci generiche e trasformazione di ogni precedente unica voce in diversi sub-codici. La classica visita ortopedica richiesta dal Mmg si sdoppia in svariate sottospecie. È probabile che ciò vada incontro allo sviluppo delle subspecializzazioni nei grandi ospedali e al conseguente desiderio che ogni sub-reparto e diversi primari hanno di "contare" le proprie prestazioni.
Insomma al Mmg arriva attraverso i rifiuti di una mera struttura amministrativa (il CUP) un ordine ben preciso: "Sii tu il tramite del trionfo del suc-codice e della subspecializzazione". Si tratta di un comando per certi versi sucida, per la nostra professione, che ha una tradizione di opposizione agli eccessi della specializzazione. Tra l'altro avanza in varie Regioni un'ulteriore richiesta: che le richieste non siano fornite di "semplice" sospetto diagnostico, ma di codice ICD. Tutto ciò è la premessa verso un grave errore noto ai metodologi (F. Del Zotti, Metodi di Medicina Generale, Levante editori 1993): la chiusura precoce di un problema dentro la bara del codice. Se vediamo urine rosse non possiamo scrivere "urine rosse" (magari da

sospetta assunzione di cibi o farmaci con coloranti) ma dovremmo scrivere subito "Ematuria", con relativo codice ICD. Questa è una prova lampante che l'incremento di obblighi amministrativi centralizzati sul come compilare la ricetta rischia non solo di produrre un Mmg sempre più subordinato pur essendo non dipendente, ma anche di condurre a clamorosi errori diagnostici e metodologici. E tutto ciò è mediato da strutture amministrative il cui ruolo è sempre più ipertrofico.

➤ CUP e Codici di priorità

L'apposizione di una priorità temporale (ad esempio per le prime visite: "entro 1 mese"; "entro 3 o 6 mesi"; per i controlli: "entro x mesi") serve a dare indicazione di urgenza clinica a cui riferirsi quale criterio principale affinché a valle si creino liste di attesa più o meno lunghe. Ebbene, più volte quando il Mmg, per pazienti cronici, indica ad esempio controllo entro 6 mesi il paziente torna indietro riferendoci che siccome non vi è posto gli impiegati del CUP consigliano di scrivere "*prima visita e priorità entro 1 mese*". Si rischia così l'induzione di un falso in atto pubblico creando una situazione kafkiana: il tempo lungo "*entro 6 mesi*" non ha posti, mentre lo avrebbe quello della priorità "*entro 1 mese*". Evidentemente esistono a monte disfunzioni amministrative sia nella gestione della presa in carico dei reparti sia nella gestione delle loro agende o tra diversi ospedali o strutture specialistiche distrettuali. E l'impiegato, in caso di difficoltà, cerca di risolvere la questione all'italiana rinviando il paziente dal Mmg, il quale poi si dovrebbe far carico di essere flessibile rispetto ai difetti organizzativi di reparti e direzioni sanitarie. Ovviamente sotto la pressione del povero paziente (pallina di ping-pong) a volte il medico di famiglia potrebbe eseguire l'ordine dell'amministrativo, andando incontro ad ulteriori paradossi, controlli e censure del tipo "*con quel sospetto diagnostico sei inappropriato.. non avresti dovuto scrivere quella priorità più breve*; *così si toglie il posto prioritario a pazienti che ne hanno più bisogno*". La rigidità dei regolamenti e la loro applicazione "impersonale" espone i medici a ulteriori rischi. In situazioni molto difficili, in cui il fattore tempo è dirimente, l'unico modo che abbiamo per dialogare ed entrare in contatto con i colleghi opedalieri è quello di inviare i pazienti attraverso richieste "urgenti" di visite o di esami oppure tramite il Pronto Soccorso. Nelle statistiche di sovrautilizzo dei PS o di inappropriatezza prescrittiva questi fattori dovrebbero essere messi in conto.

Censori di prescrizioni e detective

Un paziente va al CUP con una mia ricetta di Ecocolordoppler cardiaca, tra l'altro su suggerimento di un cardiologo. Ebbene, l'impiegata reinvia indietro il paziente con l'ordine al Mmg: scrivere "eco cardiaca" e non ecocolorcardiogramma. L'inflessibilità dell'impiegata è andata avanti nonostante che: a) il paziente le spiegava che era disposto anche a pagare per intero l'esame; b) i Mmg hanno imparato a prescrivere l'ecocolordoppler, visto che i cardiologi oramai preferiscono di gran lunga l'ecocolordoppler card alla semplice eco cardia. Insomma l'impiegata si è imposta sul diritto di spesa del paziente; si è imposta sulla libertà e conoscenze professionali dei Mmg e dei cardiologi.

Prima dell'avvento della telematica sanitaria quando il paziente riceveva dal suo medico una prescrizione di test o di vista specialistica si recava in strutture fisiche distrettuali con la ricetta rossa cartacea, ove incontrava un impiegato in carne ed ossa che interpretava in qualche modo sia il volere del medico sia la normativa. Oggi sia che vada in un ufficio fisico sia che telefoni o si colleghi ad un sito web della Uls il paziente deve sottoporre se stesso e la ricetta ad un rigido fuoco di fila.
In maniera molto rapida e brusca si chiede al paziente:
a) di dare il consenso alla successiva spoliazione di delicate informazioni personali, pena il blocco della procedura di richiesta;
b) di fornire nome, cognome, codice fiscale, numero progressivo della ricetta, esenzioni; motivo diagnostico e Classe o tempi di priorità (obbligatori per il Mmg). E tutto ciò esplicita, a comuni impiegati, le malattie del singolo paziente nominativo;
c) a questo punto l'impiegato esercita un potere di discrete dimensioni: decide di valutare - dotato di una serie numerosa di regole che dall'alto gli hanno fornito - la congruità dei vari campi tra di loro;
d) tra l'altro spesso l'impiegato blocca il paziente perché nell'obbligatorio campo '*motivazione*' vi sono parole "vietate". Una di queste è ad esempio la parola "*prevenzione*", che risulta interdetta anche quando i test sono strettamente preventivi (ad es il Pap test).
Questa molteplicità di variabili da controllare nella ricetta può favorire una presunta "irregolarità" della ricetta stessa e il rinvio del paziente-pallina-di-ping pong al Mmg. Ciò tra l'altro peggiora il rapporto tra Mmg-paziente: "*dottore, ha sbagliato la ricetta*": è il triste ritornello che sempre più si

ascolta negli ambulatori medici.
Insomma si stabilisce un blocco di potere oggettivo nella combinazione Catalogo Regionale-Dirigenti ed Impiegati del CUP. E si badi bene: sebbene gli impiegati del CUP non sono dei veri e accreditati operatori socio-sanitari, poi oggettivamente svolgono un ruolo spropositato, rischiando di entrare a gamba tesa nella relazione medico-paziente e nel controllare-concentrare informazioni sensibili sanitarie.
Essi posseggono così un potere di traduzione delle volontà di controllo sui medici da parte dei governanti e di interdizione, senza concrete limitazioni. In genere sembra che l'impiegato venga controllato più per l'intensità di adeguamento ai desiderata di governanti e non per il numero dei comodi "no" ai pazienti. Qualcuno controlla il numero dei no ai pazienti e quindi ai Mmg che ogni impiegato stabilisce? Il numero di pazienti-ping pong creati da quei loro "no"? Non credo: nel dubbio questi impiegati negano la prestazione e non hanno supervisori clinici (ad esempio infermieri professionali con ruolo simile a quello degli infermieri dei Ps dedicati a stabilire i codici-colore).
Ci rendiamo conto che aumenta un sistema di sorveglianza e controllo capillare su medici e pazienti e di disguidi causati dai numerosi no dell'impiegato a questa o quell'altra prescrizione. Non si tratta solo di una deviazione abnorme di una nuova burocrazia (la tele-burocrazia). Domina ormai l'apoteosi dei codici esatti e quindi del controllo e comando. Si impone la lunghezza e il dettaglio dei regolamenti fatti "rispettare" dai CUP in merito ad esenzioni, classi di priorità, quesito diagnostico. Tutto ciò sembra rispecchiare la tendenza sempre più esplicita dei poteri costituiti nel sorvegliare in maniera quasi totalitaria le caratteristiche ed i comportamenti dei medici e dei pazienti. Ma a che pro?

Le ventilate ragioni di manager, tecnologi e politici

Lo Stato, le Regioni e le Uls in questi anni hanno investito in tecnologia dei server, dei *software* di controllo delle prescrizioni e dei "Big Data" e in stipendi per manager, ingegneri, informatici . E vogliono che ci sia un ritorno, anche per giustificare la loro persistenza: un "efficiente" sistema matematico ed informatico che produca la moltiplicazione dei controlli e la riduzione delle spese. Ma qui, mi permettano questi decisori potenti, di richiamare l'allarme di una matematica pentita americana Cathy o 'Neal che prima della crisi dei *subprime* del 2008 era consulente di aziende finanziarie che in recente opera (Armi di distruzione matematica, Giunti-Bompiani, 2017) ha scritto: "*la matematica sposata alla tecnologia riusciva a moltiplicare il caos e le sventura, alimentando o rendendo più efficienti sistemi che erano malati*".
Insomma siamo sicuri che uno sviluppo incontrollato di *software* sforna-codici e di Commissioni regionali sforna-regole e di Server che 'analizzano' le deviazioni rispetto 'all'ideale' non produca, oltre a spese ingenti, un rischioso e abnorme allontanamento dalla *mission* principale dei medici e del sistema sanitario degno di questo nome?
Inoltre, se davvero si volessero controllare in maniera efficace le dizioni e i codici "esatti" (??) delle prescrizioni di esami e visite, si dovrebbe avere un sistema telematico regionale che nello stesso momento in cui il Mmg sta prescrivendo gli suggerisca l'alternativa valida e corretta. A fronte di questa chiara insufficienza dei *software* usati in diverse Regioni italiane si ha poi la pretesa di controllare "gli errori" dei Mmg con nuove aziende informatiche e medici delle direzioni sanitarie che analizzano "la percentuale di errori" di tutti i medici pratici.
Un altro obiettivo di manager e politici che si evince da questa combinazione di Catalogo-Moltiplicarsi di regole sulla prescrizione-Telematica regionale è quello di voler imporre ai Mmg il moltiplicarsi di regole e ruoli amministrativi.
A questo proposito cito un recente passaggio del Presidente dell'OMCeO di Verona, dottor **Roberto Mora**: "*Le Regioni hanno trasferito sui medici quello che prima facevano gli amministrativi. Imputare alla prestazione richiesta un codice piuttosto che un altro ha il significato di imputare alla prestazione richiesta un costo piuttosto che un altro. Una volta, quando si scriveva con la penna, l'amministrativo trasformava la nostra richiesta in codici e costi. Con l'avvento dell'informatica e del Tariffario Regionale a caricare la prestazione ed il relativo costo siamo noi.*
E a fronte di queste novità agli amministrativi del CUP hanno trasferito compiti clinici. Leggono i nostri 'Sospetti Diagnostici', respingono le richieste che non li contengono (...) e perfino sottoscrivono che quel sospetto diagnostico non è appropriato. Un amministrativo non ha le competenze per entrare nel merito dei sospetti diagnostici. Deve prenotare e basta! Sarà eventualmente un altro medico (in qs caso il Direttore Sanitario dell'Asl o dell'Azienda) che potrà entrare nel merito ed eventualmente contestare la validità del quesito diagnostico. Il Direttore Sanitario è responsabile di quello che fanno gli amministrativi se si assumono compiti clinici. Se questo avviene il Direttore Sanitario può essere incolpato di omessa vigilanza e di 'prestanomismo'. Sono anche reati deontologici per i quali si risponde all'Ordine.
Tra i compiti del Direttore sanitario vi è

anche quello di vigilare che chi compie certi atti sia in possesso dei titoli per poterli compiere. L'amministrativo non è un medico. E non può entrare nel merito dei quesiti diagnostici!".
Ma a questo punto ci chiediamo, i politici pensano che tutto cio sia senza costi sanitari e sociali?

Che fare?

Ma come è potuto succedere tutto ciò? Come gli ordini professionali e i sindacati hanno potuto subire o accettare tutto questo? Ritengo che i nostri dirigenti sindacali e ordinistici negli anni scorsi hanno un'attenuante: l'oggettività dello sviluppo tecnologico informatico galoppante in tutto il mondo ci ha spiazzato; tra l'altro nei primi tempi vi era difficoltà "psicologica" ad opporsi per non apparire "luddisti". Non avevamo le competenze per capirne la portata e gli interstizi e non abbiamo visto che chi ci presentava l'urgenza di accettare subito tutto ciò in realtà utilizzava la tecnica del Cavallo di Troia. Nel pacco dono dei gadget tecnologici e soprattutto telematici si nascondeva un obiettivo per certi versi feroce: l'aumento di potere di manager, tecnocrati e politici ed il controllo sistematico della professione e dei pazienti; insomma: lo snaturamento della professione.
Bisogna ormai acquisire la consapevolezza che quando abbiamo accettato la dematerializzata, il catalogo nomenclatore tariffario, il CUP non abbiamo solo accettato il passaggio alla gestione telefonica ed elettronica, ma anche una pericolosa centralizzazione burocratica-telematica-politica della professione.
In particolare è assai discutibile il potenziamento dei Cup. Si tratta di strutture impiegatizie, senza specifica formazione e responsabilità sanitarie, che si interpongono tra medici e pazienti; che indagano dati sanitari sensibili per eccellenza (il sospetto diagnostico) e che creano grosse disfunzioni ergonomiche ai pazienti ed ai medici. Non si capisce il senso di aver da una parte sistemi telematici regionali e dall'altra una struttura umana pre-informatica ricca di tanti piccoli Ghino di Tacco delle prestazioni. I sistemi telematici regionali (Sis, Sole, Doge, ecc.) in caso di problemi della ricetta potrebbero dialogare in tempo reale con i Mmg e cosi evitare assurdi ping pong ai pazienti. Ritengo che almeno il 70% delle prestazioni si possa gestire con questo dialogo in tempo reale tra medici, con le loro segreterie interne (da potenziare) e con un sistema telematico regionale realmente avanzato; il restante 30% dei casi dubbi dovrebbe poi essere gestito da impiegati sotto la tutela di infermieri professionali o medici dedicati allo scopo.
Inoltre, la telematica sanitaria centralizzata sembra dare sempre più pretesti al potere costituito per giudicare i medici pesantemente dal piedistallo, in base a numeri astratti. Ad esempio ora i politici, dai tecnici regionali e delle aziende private di "controllo", hanno dati in tempo reale delle ore e i minuti in cui noi siamo in contatto con loro per produrre dematerializzate. E da qui derivano i sermoni sui Mmg che lavorano poche ore, sermoni basati sulla sempre maggiore equivalenza del nostro lavoro con quello dei terminalisti. A loro sembra non interessare se investiamo ore - non censite, perché con collegamento spento - in ambulatorio, a domicilio o al distretto o nei *team* per visitare, studiare e creare *audit* intorno ai problemi delle persone. A costoro serve comunque un bastone e quelle aziende e quei tecno-buro-sauri possono darlo. Ma questa logica rischia di produrre ulteriore distanza e sfiducia dei medici e dei cittadini nei confronti dei governanti e della politica.

Il kafkiano labirinto telematico

Stiamo subendo tanti tecno-specchietti per allodole che non ci hanno fatto intravedere l'aumento di potere sulla nostra testa. Non solo, non abbiamo così visto le debolezze tecnologiche, informatiche, giuridiche delle loro operazioni e nemmeno il kafkiano labirinto telematico, spesso inefficiente, in cui ci hanno precipitato; nonche le ridondanze e aumento di costo di una informatica e telematica e ceto amministrativo e dirigenziale molto meno efficienti e moderni di quanto abbiamo ritenuto.
Ma ormai, dopo i primi anni di "ubriacatura telematica", alcuni nodi vengono al pettine. Ora gli Ordini, i sindacati e tutti noi medici non abbiamo più alibi. Con l'aiuto di valenti ingegneri , informatici, giuristi indipendenti dobbiamo esigere una vera, efficiente, ergonomica rivoluzione informatica e non l'accettazione del controllo telematico, basato su regole e investimenti discutibili. Con i tecnici di nostra fiducia dobbiamo analizzare in maniera moderna e nel dettaglio: le tante imposizioni telematiche ed informatiche zoppicanti ed i modi per un reale potenziamento dell'informatica medica; i tanti regolamenti al confine dell'illecito. Dobbiamo infine comunicare le nostre rivendicazioni ai pazienti. Con loro dobbiamo prendere una decisione: nella Rete dobbiamo combattere per avere il ruolo di pescatori, piuttosto che subire quello di pesci-esca catturati a strascico.

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

La richiesta di cura e il tempo-lavoro nell'era digitale

La domanda di salute cresce, si diversifica ma, soprattutto, si "velocizza" grazie alle nuove tecnologie digitali. Il sistema sanitario però arranca, non riesce a tenere il passo. Questa antinomia si palesa chiaramente nel nuovo modo di comunicare tra medico e paziente, mediato da mail, Sms e WathsApp. Non è facile per i medici, soprattutto per i Mmg, adeguarsi alla nuove potenzialità comunicative, soprattutto alla velocità impressa dalle nuove tecnologie e così accade che ad un'alta velocità di richiesta di informazioni e presidi da parte dei pazienti segua una risposta asincrona, lenta e ritardata.

Alessandro Chiari
Segretario Regionale Emilia Romagna Sindacato Medici Italiani

La società ed i parametri che la regolano sono in continua evoluzione e, di pari passo, i concetti di salute e benessere, subiscono continue trasformazioni; di conseguenza anche la percezione che il cittadino ha della sanità è in continuo mutamento. In tale contesto una particolare attenzione va posta al modo di comunicare tra medico e paziente che non riesce a stare al passo con la velocità impressa dalle nuove tecnologie.
In questi anni molti disegni ministeriali sono stati proposti per fronteggiare i repentini cambiamenti verificatisi anche nella domanda di salute attraverso una serie di modelli che però sono morti prima di nascere. Pensiamo al cosiddetto h24, modello che immaginava che il cittadino potesse trovare l'ambulatorio del proprio medico aperto per tutto l'arco della giornata. Qualcuno si è poi inventato anche una serie di ibridi (vedi h16) che sembravano più il testamento del Ssn piuttosto che un progetto. Alla fine della fiera il vecchio e semplice h12 pare ancora oggi il modello più semplice e gestibile per assicurare la continuità dell'assistenza attraverso l'alternanza delle ore coperte rispettivamente da medici di medicina generale (Mmg) e dai colleghi di continuità assistenziale (MCA).

L'evoluzione della medicina generale

A questo punto è da considerare se e quanto l'evoluzione della medicina territoriale stia distruggendo quel peculiare rapporto, basato sulla fiducia esistente tra il medico ed il "suo" paziente oppure, se vogliamo invertire i termini, tra il cittadino ed il "suo" medico. Il paziente cerca nel medico di famiglia (sempre che questa esista ancora) il conforto, il consiglio necessario, fino ad affidarsi completamente ad esso negli stati estremi di malattia: purtroppo questo rapporto altamente peculiare non si potrà mai esaurire nel "medico di turno", sia esso generalista, di guardia medica od ospedaliero, tanto che anche in ospedale il cittadino tenta sempre di ri-accedere a quei medici che lo hanno già trattato. L'offerta prestazionale del Mmg si dovrebbe basare più sulla qualità delle risposte piuttosto che sulla quantità che può mettere a disposizione che va rapportata ad un'offerta sanitaria sempre più demagogica: qualità e tempo dedicato sono purtroppo parametri tendenzialmente incongruenti. In tale contesto bisogna tenere conto del fatto che il paziente preferisce accedere ad ambulatori poco affollati con tempi d'attesa minimali, ma dove il medico gli possa dedicare quel tempo necessario a rassicurarlo o a risolvere la patologia individuando i percorsi diagnostici e terapeutici per farlo. Per una vera assistenza territoriale però occorrono dei presidi medici capillari e quindi una significativa presenza territoriale di medici, nonché di infermieri altamente specializzati, per non parlare di tutto il supporto sociale richiesto da una buona fetta di popolazione stressata da disagi psico-socia-

li e dall'invecchiamento. Ci vogliono risorse, ci vogliono più medici, sul territorio come in ospedale, ci vuole più forza lavorativa, il medico non deve fare il manager, deve fare il clinico, deve riacquistare la patrimonialità clinica, il resto è cinema: indagare, visitare, diagnosticare, impostare la terapia, in sintesi, il medico deve curare, questo è il suo compito. Di medici "manager" di se stessi che vengono orientati a risparmiare sui farmaci e sugli esami il cittadino non sa che farsene. Il paziente, quando pensa che sia in gioco il proprio benessere, esige risposte esaurienti e non riesce a metabolizzare l'appropriatezza e la gestione delle risorse che responsabilizzano il medico, percependolo più come un giudice che assegna o nega assistenza piuttosto che un clinico impegnato a curare, amministrando risorse che diventano, purtroppo, sempre più scarse.

La comunicazione

Il Ssn è rimasto indietro rispetto sia allo sviluppo dell'informazione sia nell'adeguarsi ai nuovi strumenti e canali comunicativi. Dai telefonini e da internet, che pure non sono strumenti vecchi più di una ventina di anni, tutto ciò che girava intorno a queste fondamenta comunicative ha subito un'accelerazione paurosa. Basta ricordare il vecchio dibattito degli anni 90 sull'uso terapeutico del consiglio telefonico e rapportalo alla nuova comunicazione veicolata dai social piuttosto che dalla semplice mail o Sms oppure da WathsApp per avere la sensazione di riferirci quasi ad una preistoria della comunicazione, ma di fatto sono trascorsi solamente 20 anni.
Fermo restando che il dato sanitario è un dato sensibile e quindi va amministrato come tale attraverso sistemi chiusi e protetti dalle intrusioni di operatori non abilitati, va detto che comunque il Mmg fa fatica ad adeguarsi alla nuove potenzialità comunicative che invece spesso vengono utilizzate proprio dal paziente: e così si passa da una alta velocità di richiesta di informazioni e presidi da parte del paziente ad una risposta asincrona, lenta e ritardata, del medico di famiglia che comunque è viziata dal fatto che il medico è solo e che le molteplici richieste del paziente si accumulano grazie proprio alla asincronia intrinseca nel sistema comunicativo. In questo caso anche una segretaria non riesce ad essere d'aiuto perché la richiesta è coperta da segreto professionale.

Diverse velocità

Il problema nasce quindi dalle diverse velocità dello strumento asincrono, o meglio dal ritardo con cui il medico rileva il messaggio in entrata e dai tempi di risposta, in uscita, all'azione richiesta dal paziente, sia essa una visita od una prescrizione od un semplice consiglio. Dobbiamo anche considerare che il lavoro medico è doverosamente caratterizzato da momenti clinico-diagnostici che non danno respiro, impegnandoci in una serie di prestazioni sanitarie che a volte non permettono neppure di guardare il telefonino o la mail sul computer o consultare lo smartphone. Da una parte una richiesta quindi che avrebbe l'esigenza di una risposta immediata e dall'altro un fisiologico, professionale, *delay*.

FSE e cartelle in modalità web-application

Esistono però strumenti che possono aiutarci a risolvere il problema. Nella mia pratica giornaliera di Mmg utilizzo moltissimo il Fascicolo Sanitario Elettronico e cerco continuamente di incentivarne l'uso. Il FSE mi permette di rispondere in maniera sia asincrona che immediata, alla richiesta prestazionale del paziente: in poche parole rilevata la richiesta (e questo può avvenire anche per telefono con risposta immediata), spedisco la prescrizione sul FSE ed il paziente può stamparsi la ricetta come, quando e dove vuole e recarsi in farmacia od al Cup risolvendo il problema senza recarsi in ambulatorio. La cartella in modalità *web-application,* come nel caso della Cartella Sole (acronimo di sanità on line) in Emilia Romagna che sto utilizzando in ambulatorio da giugno 2016 e di cui sono stato uno sviluppatore/utilizzatore nonché tuttora membro del gruppo di monitoraggio regionale, permette di lavorare addirittura in remoto tramite altro *computer*, *tablet* o telefonino dandomi la possibilità della lettura dei referti e dell'invio di prescrizioni sul FSE, od anche di pre-caricare le stesse prescrizioni sul computer dell'ambulatorio che posso poi stampare quando voglio. Tutto questo mi consente di razionalizzare i tempi, gestire anche da remoto l'ambulatorio, prescrizioni ed appuntamenti con la conseguenza di avere un ambulatorio meno affollato e di poter amministrare molto meglio il mio tempo libero.
Certo che per poter gestire queste modalità comunicative ed operative è utile, se non necessario, approntare una Carta dei servizi che espliciti come ricevere le richieste ed erogare le prestazioni o che meglio forse si potrebbe definire come una piccola *brochure* che raccolga le istruzioni per l'uso dell'ambulatorio che il medico può configurare secondo le proprie esigenze e capacità organizzative.

Il nuovo Acn tra aspettative e realtà

L'obiettivo è vicino, la sigla della nuova Convenzione potrebbe 'vedere la luce' a metà del 2018. Il condizionale è d'obbligo, ma la previsione è confermata dalle varie dichiarazioni succedutesi nel 74° Congresso nazionale Fimmg. L'Acn e il suo rinnovo sono stati infatti i protagonisti delle due assisi sindacali, svoltesi quasi contemporaneamente nel mese di ottobre, una a Cagliari, quella della Fimmg e l'altra, quella dello Snami, a Riva del Garda.

Fimmg: dalla prestazione alla performance la sfida della contrattazione

Le nuove sfide della prevenzione, la crescente domanda di salute espressa dalle cronicità e l'urgenza del ricambio generazionale sono argomenti fondamentali della nuova contrattazione per il rinnovo della convenzione. È quanto è stato sottolineato e ribadito nel 74° Congresso nazionale Fimmg-Metis, svoltosi di recente a Cagliari presso il Complesso Chia Laguna - Domus de Maria.
"Dobbiamo avere la consapevolezza che siamo di fronte ad una sfida importante". Ha dichiarato a *M.D.* il Vice Segretario nazionale Fimmg **Pierluigi Bartoletti** "Si tratta di una sfida di sistema che vede sempre più il Mmg impegnato non solo sul fronte delle cronicità, ma anche su quello della prevenzione primaria e secondaria e dell'intercettazione di tutte quelle domande di salute che non possono più afferire né all'ospedale, né al Pronto soccorso". "Dopo essere riusciti come categoria a individuare collegialmente i problemi e le priorità della contrattazione - evidenzia Bartoletti - l'impresa più difficile sarà condividerli con quelli che ci prospetta la Sisac". "L'incognita che incombe - continua - è capire come la Sisac riuscirà a dare una visione prospettica alla contrattualistica odierna, tenendo ben presente che le nozze con i fichi secchi non si fanno da nessuna parte". Secondo Bartoletti ad essere ottimistici e considerando tutti i passaggi legati alla trattativa "il contratto potrebbe 'vedere la luce' a metà del 2018 e dovrà fare i conti con la nota di aggiornamento del Def che riduce nel 2020 i fondi destinati alla sanità al 6,3% del Pil".
"Dobbiamo considerare - spiega - che in Europa l'Italia è l'unica che, malgrado la crisi economica, ha mantenuto un Ssn basato su di un sistema solidaristico e universale a cui hanno rinunciato molti Paesi europei. Ora però siamo in un contesto europeo post recessione che va contemplato anche nei rinnovi contrattuali. Questa deve essere una 'convenzione di ricrescita'. È chiaro che ciò dipende da quanto si vuole investire su innovazione e prospettive future".
"Finora - spiega Bartoletti - in maniera artificiosa, abbiamo considerato il nostro sistema sanitario diviso in due grossi blocchi: ospedale e territorio, ma è un dualismo artificiale perché il cittadino nel suo percorso di vita usufruisce sia dell'assistenza di primo sia di quella di secondo livello. Questo è un sistema, ripeto, che dovrà rivedere la sua prospettiva e dovrà farlo tenendo sempre più conto del cittadino/assisto che per definizione utilizza sia i servizi territoriali sia quelli ospedalieri a seconda delle necessità di salute. Negli ultimi 25 anni si sono continuate a seguire logiche parziali per lo più ospedalocentriche. Ma il Ssn, per poter definirsi tale e al passo con la domanda di salute va considerato nella sua interezza. In questo nuovo quadro prospettico il Mmg non può essere marginale, ma parte integrante. Ad oggi non è così, si continua a lavorare a compartimenti stagni".
Non è un caso, quindi, che nella mozione conclusiva del 74° Congresso Fimmg sottolinei che il binomio assistenza-convenzione sia inscindibile nel perseguire gli interessi di salute della popolazione. "La latenza ormai ingiustificabile con cui l'Acn ha seguito questa evoluzione - si legge nella mozione conclusiva - è alla base di discrepanze che non possono più

essere affrontate con la sola buona volontà della categoria. La necessità del rinnovo dell'Acn è un patto dovuto che i decisori pubblici devono sottoscrivere con la popolazione più che con i medici. Un patto su cui il progressivo definanziamento del Fsn, lungi dal rappresentare una ragione di benessere della nostra finanza pubblica, è uno ostacolo che può essere affrontato considerando il mondo della medicina territoriale come non soltanto fornitore di salute, ma anche sede di formazione per i giovani e di posti di lavoro non solo connessi all'espletamento dell'attività puramente medica. In questa logica Fimmg rivendica come sarebbe una indicazione di buona amministrazione e programmazione che altri settori della finanza pubblica venissero ad integrazione e a supporto".

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

Snami: tutelare il rapporto fiduciario e l'autonomia professionale

Salvaguardare il rapporto fiduciario e l'autonomia professionale: è questo il messaggio forte e chiaro lanciato dallo Snami nel XXXVI Congresso nazionale: "*LA SANITÀ 2.1-Medicina rurale e metropolitana, due realtà parallele: opportunità e confini*", svoltosi di recente a Riva del Garda. Per il Presidente nazionale **Angelo Testa** si tratta di elementi fondanti della MG a cui non si può rinunciare e che devono rappresentare il faro guida del rinnovo convenzionale e anche degli accordi regionali. "Non devono mai venir meno - ha dichiarato - e devono essere consolidati nel nuovo Acn i valori fondanti della Medicina Generale: il rapporto fiduciario con il paziente che ci ha liberamente scelto e la nostra autonomia professionale. Solo se alla base ci sono questi principi potranno essere poste in essere le cure territoriali della fragilità, della cronicità, della domiciliarità e di tutte quelle patologie di lunga durata che interessano ormai oltre il 40% dei cittadini italiani".
"L'autonomia professionale - ha sottolineato Testa - la si mantiene e rafforza con l'adeguamento delle competenze economiche stanziate nell'ultima legge finanziaria anche come conseguenza della sentenza della Corte Costituzionale n.178/2015 che ha definitivamente sbloccato il rinnovo contrattuale, oltre che normativo anche economico".
E per quanto concerne il rinnovo dell'Acn ha precisato: "È giunto forse il momento di chiudere un accordo che dovrà tener conto della progressiva diminuzione dei medici e del fatto che tale riduzione non è uguale in tutte le Regioni. Si aumenti subito il numero delle borse di studio per il corso di formazione generale. In mancanza di questo si preveda, almeno, la possibilità per chi lavora in modo precario nella Medicina Generale da un congruo periodo temporale, di accedere al corso senza borsa; eventualmente anche prolungandone la durata riducendone la frequenza giornaliera in modo da permettere agli stessi di lavorare per il loro sostentamento e del sistema che in molte parti di Italia non trova più medici per le sostituzioni o per i turni di continuità assistenziale. Non disperdiamo una ricchezza data da precari che lavorano e sostengono il settore con la loro professionalità".
"Dobbiamo realizzare un ruolo unico che permetta il sostenimento del sistema - ha precisato - e che non lasci dubbi tali da innescare tensioni all'interno della categoria. Siamo disponibili a ragionare su un pagamento per obiettivi, ma solo se negoziati e condivisi con le organizzazioni sindacali. Altrimenti si tratterà di un taglio economico. E non lo accetteremo. Il recupero dell'indennità per la *vacatio* contrattuale non deve e non può essere l'investimento per nuovi compiti".
"Siamo pronti ad occuparci di cronicità - ha ribadito - lo facciamo tutti i giorni, i numeri sono altissimi, ma per farlo necessitiamo di investimenti, di collaborazione, di aiuto. Non smetteremo mai di ribadire alla parte pubblica che in metropoli, città, cittadine, paesi, piccole comunità, territori con popolazione sparsa, non potrà mai funzionare un unico modello sanitario di assistenza e che si deve differenziare la medicina rurale da quella metropolitana".

Vogliamo recuperare il nostro ruolo prescrittivo

A chiederlo sono i medici di famiglia come mostrano i risultati emersi dall'indagine realizzata dal Centro Studi Fimmg su quanto la Medicina Generale sia sensibile all'esigenza di recuperare un ruolo prescrittivo diretto rispetto a molti farmaci che attualmente possono essere prescritti solo da medici specialisti

L'88% dei medici di medicina generale ritiene che sia utile impegnarsi per recuperare le possibilità di prescrivere direttamente farmaci che adesso possono essere prescritti solo dagli specialisti. Il 46% è favorevole anche se il Piano Terapeutico dovesse essere compilato dallo stesso Mmg. È quanto emerge dalle risposte al questionario "*Il medico di medicina generale e la prescrizione dei farmaci innovativi*" realizzato dal Centro studi della Fimmg in occasione del 74° Congresso nazionale del sindacato.

L'indagine, a cui ha partecipato un campione rappresentativo di oltre 500 medici di medicina generale, è stata effettuata per comprendere quanto la Medicina Generale sia sensibile all'esigenza di recuperare un ruolo prescrittivo diretto rispetto a molti farmaci che attualmente possono essere prescritti, in genere compilando un Piano Terapeutico (PT), solo da medici specialisti.

Dallo studio emerge che nella categoria c'è la percezione che queste limitazioni prescrittive stiano comportando difficoltà assistenziali per molte patologie croniche prevalenti. In particolare, il 58% del campione ritiene che le attuali normative ostacolano '*molto-moltissimo*' la gestione del paziente diabetico da parte del Mmg. Tra le condizioni per le quali auspica maggiormente l'abolizione dei piani terapeutici c'è: il diabete mellito (per il 39.2% del campione), la terapia anticoagulante orale (per il 31.8%), la BPCO (per il 20%).

Per **Paolo Misericordia**, responsabile del Centro Studi della Fimmg, questi dati rendono evidente quella che fino ad ora era stata solo una percezione: "una parte importante dell'assistenza è condizionata negativamente dal fatto che i Mmg non possono prescrivere farmaci innovativi".

I farmaci biologici

Un focus particolare è stato condotto nei confronti dei farmaci biologici e dei loro biosimilari: classi di farmaci emergenti, spesso utilizzati nella cura di patologie croniche, per i quali i Mmg, oltre a subire generalmente importanti limitazioni prescrittive, sono esclusi da interventi formativi - informativi anche da parte dell'industria farmaceutica produttrice. L'insulina e i suoi analoghi (per il 67% del campione) e l'eparina a basso peso molecolare (per il 32.7%) sono le classi di farmaci 'biologici' ritenute avere maggiori ricadute sull'attività del Mmg; per il 17.3% del campione, ricadute importanti vengono attribuite agli anticorpi monoclonali per le malattie autoimmunitarie, per il 10,4% per i vaccini, per l'8.8% per gli anticorpi monoclonali per le patologie oncologiche. Pur non essendo formati sull'argomento, il 70% dei medici di medicina generale individua la corretta definizione di 'questa classe di farmaci; sia per i 'biologici" sia per i "biosimilari" i Mmg, nella sostanziale totalità dei casi (quasi il 95% del campione) auspica comunque interventi di informazione e formazione.

"Quello che emerge dall'indagine è una importante disponibilità della categoria a recuperare spazi prescrittivi che normative illogiche ed anacronistiche stanno precludendo al Mmg" - afferma Misericordia - avendo la consapevolezza che tali limitazioni sono alla base di significative distorsioni assistenziali ed ostacolo a prese in carico adeguate di molti pazienti affetti da patologie croniche prevalenti".

Denigrare il nostro lavoro è pretestuoso

A pensarla così è Enzo Scafuro, Segretario regionale Lombardia e Responsabile nazionale Smi per l'area convenzionata, in merito a un recente articolo apparso sul Corriere della Sera che punta l'indice sull'inadeguatezza dell'attuale assistenza fornita dai Mmg meneghini

"Gli studi dei Mmg milanesi sono aperti meno di quattro ore al giorno, almeno l'80% dei pazienti non trova un'assistenza adeguata sul territorio e solo un medico di famiglia su tre lavora in rete con gli altri colleghi". È quanto si legge in un recente articolo pubblicato dal *Corriere della Sera* che punta l'indice sull'inadeguatezza dell'assistenza fornita ad oggi dai Mmg del capoluogo lombardo.

"L'articolo sembra quasi una bomba ad orologeria - commenta **Enzo Scafuro** Segretario regionale Lombardia e Responsabile nazionale Smi per l'area convenzionata - ogni anno ne viene pubblicato uno del genere che descrive i Mmg come una categoria di privilegiati che lavorano poco; a mio avvivo è un malvezzo, un malcostume".

"Bisogna tenere presente che la 'fonte' dell'articolo - continua - è il sito dell'ATS dove sono riportati orari di apertura e chiusura dei nostri studi che non comprendono la reperibilità telefonica, le visite in ADP, le richieste degli assistiti, la prescrizione di farmaci per i cronici. La mia attività settimanale di massimalista va ben oltre le ore riportate dal sito dell'ATS. Inoltre, esercitando in associazione mista, è stata anche attivata l'apertura dello studio il sabato per l'accesso in ambulatorio dei codici bianchi. Un'attività che i database ATS non contemplano. Pensi un po' a quale problema nascerà quando questi database saranno messi a disposizione della nuova presa in carico delle cronicità declinata dalla riforma lombarda".

La nuova gestione delle cronicità

Nell'articolo infatti si sottolinea l'importanza di delineare attualmente il quadro dell'assistenza erogata dai Mmg milanesi, visto che la Regione "*chiede ai dottori un cambiamento epocale nel loro modo di lavorare con la presa in carico dei malati cronici*".

Ma per il rappresentante dello Smi la riforma lombarda ha ben poco di epocale, così come i ritardi dell'applicazione della Legge Balduzzi con la messa in rete delle cure primarie ha un suo perché. Sono il frutto di scelte politiche ben chiare che non hanno ritenuto opportuno investire sull'aspetto organizzativo della medicina territoriale: "Dare la possibilità ai medici delle cure primarie di lavorare in rete - evidenzia Scafuro - è quello che abbiamo sempre chiesto, ma la Regione dice di non avere risorse sufficienti per attuare ciò e preferisce che sia il privato a gestire la cronicità". Ma Scafuro non è l'unico a mostrare perplessità sul *new deal* della presa in carico dei cronici made in Lombardia. Dai dati della Regione sui futuri Mmg gestori delle cronicità, presentati di recente dall'assessore alla Sanità **Giulio Gallera**, si palesa una scarsa adesione di quelli residenti Milano: su un totale di 884 medici di famiglia solo 50 Mmg che lavorano da soli e altri 168 riuniti in cooperativa hanno detto sì, mentre a livello regionale la percentuale di adesione si attesta al 48%.

"Noi sul territorio ci siamo sempre - conclude Scafuro - ci saremo sempre a meno che non si decida politicamente di fare quel definitivo passaggio dal pubblico al privato".

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Enzo Scafuro

Abrogato il divieto alla guida per chi è affetto da malattie ematiche

È quanto prevede il decreto del Presidente della Repubblica n.139/2017, entrato in vigore il 6 ottobre, «in considerazione del progresso scientifico intervenuto sui nuovi strumenti di diagnosi e sulle nuove terapie per la cura delle malattie del sangue»

Su proposta del Presidente del Consiglio **Paolo Gentiloni** e del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti (MIT) **Graziano Delrio**, il Consiglio del Ministri ha abrogato, mediante decreto del Presidente della Repubblica, le disposizioni contenute nel regolamento tecnico di attuazione ed esecuzione al Codice Della Strada di cui all'art. 320 lett. G che limitavano, per le persone affette da malattie ematiche, la possibilità di rilascio del certificato di idoneità alla guida (*G.U.* 158 n. 221, del 21 settembre 2017).

Nel comunicato della Presidenza del Consiglio si legge che "il regolamento, tenendo conto dei progressi medici e scientifici conseguiti sia nell'ambito diagnostico che in quello terapeutico delle malattie ematiche, nonché dei requisiti psicofisici minimi fissati dall'Unione europea per il rilascio della patente di guida, abroga una disposizione del regolamento di esecuzione e di attuazione del Codice della strada emanata nel 1992, che vietava il rilascio nonché la conferma della patente a soggetti colpiti da gravi malattie del sangue. Viene comunque fatto salvo il caso in cui la possibilità di rilascio o di conferma sia espressamente certificata da parte della Commissione medica locale, così come attualmente previsto dal Codice della strada".

La Federazione delle Associazioni Emofilici ha espresso grande soddisfazione sottolineando che la modifica di tale normativa era un'esigenza manifestata dai pazienti, a causa dei tempi ravvicinati a cui venivano costretti per la revisione del proprio certificato di idoneità alla guida.

Patologie e idoneità alla guida

Dopo questa normativa la possibilità di rilascio e rinnovo del certificato di idoneità alla guida resta escluso - salvo differente parere da parte della Commissione medica locale - per coloro che risultano affetti dalla seguenti patologie: affezioni cardiovascolari, diabete, malattie endocrine, malattie del sistema nervoso, epilessia, malattie dell'apparato urogenitale e, infine, per coloro che sono dipendenti da sostanze psicoattive. Resta in vigore il divieto della guida per altre patologie come quelle cardiovascolari ritenute incompatibili con la sicurezza stradale, il diabete mellito quando richiede l'insulina, alcune malattie endocrine gravi diverse dal diabete e alcune patologie del sistema nervoso - come encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave - le malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva o a disturbi miotonici, le malattie del sistema nervoso periferico e i postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico. In alcuni casi, come l'epilessia, sono previste eccezioni. L'elenco comprende anche turbe psichiche in atto dovute a malattie, traumatismi, postumi di interventi chirurgici e l'insufficienza renale, a meno che non risulti "*positivamente corretta a seguito di trattamento dialitico o di trapianto*".

AGGIORNAMENTI

■ **ENDOCRINOLOGIA**
Sorveglianza attiva per i microcarcinomi tiroidei

■ **GERIATRIA**
Delirium nella persona anziana, conoscere per prevenire

■ **INFETTIVOLOGIA**
Temperature miti in autunno e nuovi casi di chikungunya

■ **NEFROLOGIA**
Nuova terapia per il rene policistico autosomico dominante

■ **NUTRIZIONE CLINICA**
Microbiota intestinale e perdita di massa muscolare

■ **PREVENZIONE**
L'influenza che verrà: previsioni per la stagione 2017-18

■ **PSICHIATRIA**
Schizofrenia: antipsicotico in somministrazione trimestrale

■ **REUMATOLOGIA**
Artrite reumatoide, è possibile identificarla all'esordio

ENDOCRINOLOGIA

Sorveglianza attiva per i microcarcinomi tiroidei

In presenza di microcarcinomi della tiroide in particolari setting di pazienti una delle prospettive è applicare una strategia di sorveglianza attiva.
"I noduli tiroidei si evidenziano alla palpazione nel 4-7% della popolazione, mentre l'ecografia riscontra noduli non palpabili nel 50-60% delle persone", spiega **Enrico Papini**, Direttore SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Ospedale Regina Apostolorum, Albano Laziale. "La maggioranza dei noduli sono di piccole dimensioni e nel 90-95% dei casi rimangono benigni. Grazie alla migliore sensibilità e al facile accesso alla moderna tecnologia diagnostica negli ultimi anni si è verificato un aumento dell'incidenza dei noduli tiroidei seguito da un parallelo aumento dei carcinomi tiroidei, seppure non associato a un aumento del tasso di mortalità. Riscontrare tumori con diametro <1 cm, se da un lato rappresenta un importante passo avanti nella prevenzione, pone dall'altro il dubbio se sia appropriato sottoporre pazienti a basso rischio allo stesso trattamento tradizionalmente riservato a neoplasie più avanzate, esponendo le persone a possibili complicanze ed effetti indesiderati probabilmente non indispensabili".

Tuttavia la strategia di sorveglianza attiva non è un "dettato universale" e deve essere applicata con estrema cautela. "Prendiamo ad esempio una giovane donna che scopre la presenza di un nodulo: in una situazione di questo genere andare a definire con esattezza un piccolo nodulo sospetto ed eventualmente rimuoverlo con un intervento chirurgico relativamente semplice e non invasivo dal punto di vista estetico e della funzionalità tiroidea è una scelta appropriata. Altra situazione è il riscontro di una piccola lesione tiroidea sospetta in un paziente anziano con rilevanti comorbidità, per esempio di natura cardiovascolare: in questo caso la terapia chirurgica potrebbe non essere la prima scelta. Il paziente potrebbe essere indirizzato alla sorveglianza attiva con controlli ecografici semestrali invece che annuali", spiega Papini.

Prospettive

La strategia di sorveglianza attiva potrà essere più circostanziata nel corso dei prossimi anni. "Ad oggi in pratica clinica non abbiamo la possibilità di fare uno studio di biologia molecolare che ci consenta si sapere quale sarà il livello di aggressività delle piccole neoplasie tiroidee. Nei prossimi anni saremo in grado di poter identificare la 'firma molecolare' del tumore dalla citologia da agoaspirazione. Questo dato permetterà di modulare un approccio terapeutico personalizzato" - conclude Papini.

Appropriatezza dell'agoaspirato

È giusto sottoporre il paziente ad agoaspirato su un piccolo nodulo? Le ultime linee guida sui noduli tiroidei redatte in collaborazione da AME (Associazione Medici Endocrinologi) American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) e American College of Endocrinology (ACE) consigliano la sorveglianza attiva invece della biopsia in tutti i casi di noduli con diametro <5 mm per il loro rischio clinico basso e nel caso dei noduli dai 5 ai 10 mm non consigliano di eseguire l'agoaspirato in assenza di ulteriori caratteristiche di aggressività, per esempio la presenza di linfonodi sospetti o storia familiare o personale di precedente cancro tiroideo. Si potrà poi procedere all'esecuzione dell'agoaspirato in un secondo momento in caso di evoluzione clinica o aumento di dimensioni del nodulo *(Endocr Pract 2016; 22: 622-39)*.

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Enrico Papini

■ GERIATRIA

Delirium nella persona anziana, conoscere per prevenire

"Il medico di famiglia ha un ruolo estremamente importante nell'individuare nel soggetto anziano i fattori di rischio per il delirium". L'affermazione è del Prof. **Giuseppe Bellelli**, Geriatria-Medicina Interna, Università Milano-Bicocca, durante il 7° convegno "Delirium nella persona anziana e nella malattia di Alzheimer: conoscere, prevenire, assistere"; organizzato dalla Rsa e centro polifunzionale "Villaggio Amico" di Gerenzano (VA), con il patrocinio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria e della Federazione Alzheimer Italia.

"Sebbene di per sé l'età non costituisca un fattore di rischio, negli individui anziani o molto anziani il rischio di sviluppare delirium aumenta perché maggiore è il rischio di sviluppare deficit cognitivo". Dunque una sorta di "circolo vizioso" perché "in effetti le persone affette da deficit cognitivo da demenza o da malattia di Alzheimer sono più esposte a rischio di sviluppare delirium per una serie di meccanismi complessi" - chiarisce Bellelli.

Oltre ai fattori predisponenti, tra i fattori precipitanti si annoverano il rifiuto ad utilizzare le protesi acustiche o semplicemente gli occhiali, una malattia acuta intercorrente che può portare a uno stato di disidratazione, la costipazione, le infezioni, disordini metabolici, l'uso inappropriato d farmaci, ecc.

"Il Mmg dovrebbe dunque sottoporre il paziente anziano alla valutazione periodica delle funzioni cognitive e se tali funzioni risultassero anche solo in parte compromesse l'individuo dovrebbe essere classificato a rischio, dovrebbe favorire la correzione dei disturbi sensoriali, consigliare al paziente di camminare quotidianamente e di idratarsi adeguatamente, rivedere periodicamente il piano terapeutico, cercando di evitare farmaci con potente attività sul SNC che possono scatenare la comparsa di delirium".

In base alla diagnosi eziologica vanno trattare le cause che sottendono al delirium. "Il delirium si può manifestare come ipocinetico (rallentamento ideomotorio, prevale letargia e la persona appare soporosa) e in tal caso benzodiazepine e neurolettici vanno accuratamente evitati. Nel delirium ipercinetico si possono usare i neurolettici, ma per periodi molto limitati e a dosi basse".

"Fino a pochi anni fa il delirium era una condizione conosciuta solo ad un numero limitato di ricercatori, fortunatamente oggi la consapevolezza della classe medica è maggiore, anche grazie a iniziative quali il Delirium Day e alla formazione dedicata".

Dati del Delirium Day

Nel corso del convegno Giuseppe Bellelli, che è anche membro del Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia e di European Delirium Association ha presentato i dati del Delirium Day 2016. Alla survey hanno partecipato 10 associazioni e società scientifiche, per un totale di 4.810 pazienti, di cui 3.032 in ospedale, 755 in riabilitazione/long-term care, 68 in hospice e 955 in istituti di lungodegenza e RSA. Hanno partecipato alla raccolta dati 205 ospedali per acuti, 29 riabilitazioni/long-term care, 32 RSA e 10 hospice. La prima elaborazione mostra:

- **prevalenza media**: 22% in ospedale, 14% in riabilitazione e 38% in hospice. I sottotipi "delirium ipocinetico" e "delirium misto" sono stati rispettivamente pari al 30% e al 29.7% di tutti i casi;
- **delirium sovrapposto a demenza**: il delirium è significativamente più elevato in chi è già affetto da demenza (50% circa) prima del ricovero ospedaliero;
- **uso di farmaci e dispositivi medici**: confermata l'associazione tra delirium e uso di neurolettici (sia tipici che atipici), antidepressivi atipici, cateteri vescicali, linee venose e spondine al letto;
- **mortalità intra-ospedaliera** (reparti per acuti): 9.98% nei soggetti affetti da delirium vs 3.31% nei soggetti senza delirium.

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

■ INFETTIVOLOGIA

Temperature miti in autunno e nuovi casi di chikungunya

I cambiamenti climatici e ambientali e la globalizzazione non interessano solo il contesto macropolitico ma potrebbero generare problemi di salute pubblica, aumentando il rischio di malattie trasmesse da vettori in Europa. Ne è un esempio la febbre chikungunya.

Dopo i casi autoctoni di chikungunya (CHIK) riportati nel Lazio, è stato identificato in Calabria un nuovo focolaio. Tutto è partito da 4 casi segnalati tra il 19 e il 25 settembre 2017 (1 nel Lazio e 3 in Emilia-Romagna) relativi a persone residenti in queste Regioni, che avevano sviluppato sintomi indicativi dell'infezione lo scorso agosto mentre si trovavano a Guardavalle Marina (CZ). Questi casi sono risultati positivi alle indagini di laboratorio effettuate.

In settembre un team del Dipartimento di Malattie infettive dell'Iss, si è recato nella zona per indagare il focolaio epidemico, raccogliere campioni umani per confermare l'infezione, monitorare il vettore Aedes albopictus (zanzara tigre) e fornire supporto alla disinfestazione delle aree interessate.

Attraverso l'indagine epidemiologica retrospettiva, nel periodo agosto-settembre 2017 sono stati segnalati, dai Mmg e Pls dell'area di Guardavalle 55 casi (sospetti, probabili e confermati) di CHIK.

Tutte le persone hanno riferito febbre alta, dolori articolari (spesso invalidanti) frequentemente accompagnati da rush cutanei. Per 6 dei casi sospetti indagati è stata fatta la diagnosi di laboratorio, e i casi sono stati confermati. Sono in corso valutazioni epidemiologiche e microbiologiche, per la conferma della diagnosi nei casi sospetti e per valutare se questo focolaio sia in relazione con quello osservato nel Lazio.

La Regione ha inviato un'allerta a tutti i Mmg, Pls, Pronto soccorso e Guardia medica locali per allertarli alla diagnosi e segnalazione dei pazienti che si presentano con sintomi clinici che possono suggerire la malattia da virus CHIK (fonte: Del Manso M et al. Dipartimento Malattie infettive, Iss).

Focus sulla malattia

La chikungunya è una malattia virale trasmessa da vettori. Il virus appartiene al genere *Alphavirus* della famiglia *Togaviridae*. Il nome "chikungunya" deriva dalla lingua kimakonde, che significa "diventare contorto", e che descrive l'aspetto curvo che assumono le persone infette a causa dei dolori articolari.

La chikungunya è stata identificata in oltre 60 paesi in Asia, Africa, Europa e nelle Americhe.

Il virus è trasmesso da persona a persona dalla puntura di una zanzara femmina infetta. Generalmente, le zanzare in causa sono *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, due specie che possono trasmettere anche altre arbovirosi, (dengue e lo Zika). In Italia è presente *A. albopictus*. Dopo la puntura di una zanzara infetta, i sintomi si manifestano entro 4-8 giorni, con un intervallo che può variare da 2 a 12 giorni.

La chikungunya è caratterizzata da un'insorgenza febbrile improvvisa accompagnata da dolori articolari. Altri sintomi che si manifestano comunemente includono: dolori muscolari, mal di testa, nausea, affaticamento, esantema cutaneo. Il dolore alle articolazioni è spesso molto debilitante, tuttavia generalmente si protrae per pochi giorni, oppure per qualche settimana. Il virus pertanto può causare una malattia acuta, subacuta o cronica.

La maggior parte dei pazienti guarisce completamente, tuttavia, in alcuni casi, i dolori articolari possono persistere nel tempo. Sono stati segnalati casi occasionali di complicazioni oculari, neurologiche e cardiache, gastrointestinali. Le complicazioni gravi non sono comuni, tuttavia, nelle persone più anziane, la malattia può essere fatale.

Bibliografia

- Tjaden NB. Modelling the effects of global climate change on chikungunya transmission in the 21st century. *Scientific Reports* 7 2017; 3813.

* ecdc.europa.eu
* www.epicentro.iss.it
* www.salute.gov.it

■ NEFROLOGIA

Nuova terapia per il rene policistico autosomico dominante

Una buona notizia per i pazienti affetti da rene policistico autosomico dominante (ADPKD).
È infatti disponibile anche nel nostro Paese tolvaptan, terapia capace di rallentare la progressione dell'ADPKD, la più comune malattia nefrologica genetica e la quarta causa di insufficienza renale cronica che porta i pazienti a doversi sottoporre a dialisi o a trapianto di rene già in giovane età, intorno ai 50 anni.
Le cisti che compaiono a causa della malattia portano il rene ad ingrossarsi a dismisura, aumentando fino a 10 volte le proprie dimensioni. Il rene policistico può manifestarsi in due forme: il rene policistico autosomico dominante e il rene policistico autosomico recessivo, una forma più rara e aggressiva che si riscontra in 1 soggetto su 20.000. Nei pazienti con rene policistico autosomico dominante, lo sviluppo di cisti renali e la perdita di funzionalità renale si accompagnano ad altre complicanze come la presenza di ipertensione in età precoce, la comparsa di cisti anche nel fegato e nel pancreas, oltre che a una maggiore insorgenza di aneurismi cerebrali.

Il farmaco ha dimostrato di far diminuire di circa la metà (49%) l'aumento annuo del volume renale totale nell'arco di tre anni e di essere in grado di ridurre ogni anno del 32% il declino della funzionalità renale, rallentando così la progressione della malattia e ritardando l'ingresso in dialisi.

Nuovo approccio alla cura

Tolvaptan, un antagonista del recettore della vasopressina (V2), rappresenta oggi l'unica opzione terapeutica a disposizione, prima che la malattia arrivi a uno stadio avanzato.
È infatti indicato per quei pazienti che all'inizio del trattamento si trovano in uno stadio di patologia CKD 2-3a, che sono in un'età compresa tra i 18 e i 50 anni e che hanno un'evidenza di malattia in rapida progressione.
"In passato, i trattamenti per il rene policistico si sono concentrati sul controllo dei sintomi, per esempio l'elevata pressione arteriosa o le infezioni renali, e non intervenivano sul naturale decorso della malattia. Ora con i nuovi farmaci come tolvaptan - spiega **Francesco Scolari**, Professore di Nefrologia, Ospedale di Montichiari, Università di Brescia - siamo di fronte ad un cambio nell'approccio alla cura, perché è possibile agire rallentando il processo di crescita delle cisti. Tolvaptan, bloccando i recettori della vasopressina e inducendo così un'elevata diuresi, interferisce direttamente con i meccanismi che regolano la crescita delle cisti, allontanando nel tempo la necessità di doversi sottoporre a dialisi o a trapianto di rene".

La patologia

Nel mondo 12,5 milioni di persone convivono con il rene policistico autosomico dominante. In Europa i pazienti sono circa 205 mila, quasi 24 mila solo in Italia.
Il rene policistico autosomico dominante è una malattia ereditaria: le probabilità che un genitore "trasmetta" la patologia al proprio figlio sono del 50%.
La malattia è causata da un difetto di un gene: nell'85% dei casi la mutazione avviene a livello del gene PKD1 (cromosoma 16); nel 15% il responsabile è il gene mutato PKD2 (cromosoma 4).
I principali sintomi sono ipertensione arteriosa, dolore lombare, micro o macroematuria, infezioni alle vie urinarie, calcoli renali, infezioni delle cisti.
A causa dell'impatto sulla salute e sulla qualità di vita dei pazienti, il rene policistico autosomico dominante è stato inserito nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza come malattia cronica e invalidante.

■ NUTRIZIONE CLINICA

Microbiota intestinale e perdita di massa muscolare

L'European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) ha definito la sarcopenia primaria come "massa e forza muscolare ridotte rispetto alla normalità, che caratterizza l'invecchiamento e che è associata a un rischio maggiore di eventi avversi (disabilità, perdita dell'autosufficienza, fragilità, ricoveri, mortalità, ecc)".
Nel corso del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo (giugno 2017, Firenze) ampio spazio è stato dedicato all'approfondimento di questa temibile condizione clinica.
In particolare il Prof. **Francesco Landi**, Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma ha tenuto la lezione magistrale "Il microbiota intestinale e la perdita di massa muscolare", di cui pubblichiamo una sintesi. Una nuova frontiera di ricerca per la prevenzione della sarcopenia è infatti rappresentata dallo studio del gut microbiota, le cui modificazioni legate alla senescenza possono avere implicazioni negative.

La ricerca sul gut microbiota

È acquisito che nel tratto gastrointestinale risiedono diverse specie microbiche dominanti nelle varie regioni (stomaco, duodeno, colon, digiuno, ileo), che svolgono diverse funzioni, dalla difesa da agenti patogeni e tossine, allo sviluppo e mantenimento del sistema immunitario intestinale, alla facilitazione del processo digestivo. Inoltre, sono fondamentali per la sintesi di acidi grassi a catena corta e vitamine, svolgono un ruolo chiave nel metabolismo energetico. Il bilanciamento delle specie dominanti che compongono il microbiota intestinale sano - *Firmicutes* (60-80%) e *Bacteroides* (20-40%) - assicura un'azione benefica per le attività che si svolgono nell'intestino, ma nel processo di invecchiamento questo equilibrio viene compromesso.
Diverse conferme sono presenti in letteratura, in particolare una ricerca ha evidenziato che negli anziani istituzionalizzati in RSA e strutture di lungodegenza la proporzione di *Bacteroides* è risultata maggiore rispetto ai *Firmicutes*, e che il gut microbiota alterato è significativamente correlato con misure di fragilità, comorbidità, marcatori di infiammazione e stato nutrizionale. Al contrario gli anziani che vivono in comunità conservano una maggiore ricchezza genetica, presumibilmente risultato anche di una dieta più adeguata.
Tra i fattori che possono influenzare la composizione del microbiota intestinale, l'alimentazione infatti riveste un ruolo cruciale soprattutto nel soggetto anziano, perché possono presentarsi problematiche che influiscono negativamente sulle modalità di alimentarsi, nonché condizioni patologiche croniche.

L'inflammaging

L'alterazione del gut microbiota genera la disbiosi, che a sua volta determina un'accelerazione del processo infiammatorio - loop proinfiammatorio - che si amplifica dando luogo all'"inflammaging" definita come stato infiammatorio sistemico cronico di basso grado tipico dell'età avanzata, che contribuisce all'insorgenza delle principali patologie età correlate.
Questo stato può lentamente danneggiare uno o più organi, in particolare quando i polimorfismi genetici sfavorevoli e le alterazioni epigenetiche sono concomitanti, portando a un aumento del rischio di fragilità insieme all'insorgenza di malattie croniche tipiche dell'invecchiamento.
A generare l'infiammazione legata all'età contribuiscono diversi organi (cervello, fegato), tessuti (tessuto adiposo, muscolo), sistema immunitario ed ecosistemi (gut mi-

crobiota) con effetti locali, organo-specifici o sistemici.
Il problema è che l'"inflammaging" correlata all'alterazione e alla disregolazione del gut microbiota sembra svolgere un ruolo centrale nell'eziologia della debolezza muscolare della sarcopenia e nel declino età-correlato delle performance fisiche (fragilità).

Strategie di prevenzione

Nella ricerca di strategie di prevenzione in grado di bloccare la progressione della fragilità e per la sua base biologica, della sarcopenia, è dunque ragionevole intervenire per ripristinare la struttura o la funzione del microbiota intestinale - e quindi agire positivamente sul muscolo - con i probiotici, microrganismi vivi che, quando somministrati in quantità adeguata, conferiscono un beneficio all'ospite.
I batteri probiotici più comunemente usati appartengono ai generi *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*. Tra questi, tre ceppi svolgono azioni che possono essere efficaci sul muscolo: *Lactobacillus plantarum* è in grado di modificare l'assetto del gut microbiota, in particolare dell'intestino che invecchia, tanto da essere considerato un "ingegnere metabolico naturale".
In letteratura vengono riportati dati quantitativi sulla biodisponibilità e sulla percentuale di assorbimento dei minerali interiorizzati da specifici probiotici. L'aspetto più evidente è l'assorbimento significativamente maggiore di selenio internalizzato da *Lactobacillus buchneri LB26* rispetto alle altre forme inorganiche e organiche valutate. Il selenio ha effetti positivi sulla cellula muscolare: intervenire sul gut microbiota per facilitarne l'interiorizzazione nel muscolo attraverso i probiotici è il percorso suggerito da un recente studio.
Per i Bifidobatteri, in particolare per *Bifidobacterium animalis ssp Lactis BS05,* viene segnalata la loro forte proprietà antiossidante, per la produzione di glutatione ridotto e superossido dismutasi *(tabella 1)*, contribuendo così a prevenire e controllare le patologie associate allo stress ossidativo.

Tabella 1

Caratteristiche di alcuni probiotici

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

Conclusioni

La sarcopenia è stata identificata come una tra le condizioni che maggiormente contribuiscono alla comparsa della "fragilità" dell'anziano. Sulla base delle più recenti evidenze, la sinergia tra esercizio fisico e alimentazione, unitamente alla possibilità di modulare la composizione del gut microbiota con i probiotici, è in grado di favorire il processo antiossidante e la salute del mitocondrio, quindi della cellula muscolare, facilitando l'ingresso di micronutrienti fondamentali per la salute del muscolo. La sinergia che si crea tra alcuni probiotici (*Lactobacillus plantarum LP01 - Lactobacillus buchneri LB26 - Bifidobacterium animalis ssp. Lactis BS05*) genera un effetto antinfiammatorio, antiossidante e di inclusione di importanti micronutrienti nel gut microbiota, che possono aiutare a mantenere il muscolo in salute. Un tassello in più per contribuire all'*active ageing.*

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

■ PREVENZIONE

L'influenza che verrà: previsioni per la stagione 2017-18

Dai 4 ai 5 milioni di casi di influenza oltre agli 8-10 milioni di sindromi provocate da altri virus respiratori: una epidemia, caratterizzata quindi da un'incidenza di media entità, simile a quella dello scorso anno. Ci sarà un solo nuovo virus in circolazione, H1N1 pdm 09 (A/Michigan/45/2015), una variante similare ai virus dell'anno scorso. Sono le previsioni illustrate da **Fabrizio Pregliasco**, virologo e ricercatore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi di Milano e Direttore Sanitario IRCCS Galeazzi di Milano. "Il periodo esatto è sempre una scommessa e dipende dal momento in cui le temperature raggiungeranno valori bassi che permarranno nel tempo. Ma già ora, in autunno, a causa della meteorologia così fluttuante si assiste a tantissimi casi di sindromi simil-influenzali (influenza-like illness, ILI) dovuti agli altri virus (ben 262) che determinano forme meno pesanti" - illustra Pregliasco, che suggerisce "non consideriamo queste forme banali: possono essere un fattore di rischio per nuove complicanze soprattutto negli anziani e i soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio (diabete, malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche)". Nelle raccomandazioni del Ministero della Salute per la stagione 2017/18 si legge anche che: "Le attività di monitoraggio epidemiologico e virologico dei casi di ILI sono determinanti, non solo ai fini delle decisioni relative alla composizione che dovrà avere il vaccino antinfluenzale nelle successive stagioni epidemiche, ma anche per indirizzare le scelte in materia di programmazione sanitaria e per migliorare le conoscenze sulle complicanze attribuibili all'influenza (quali decessi e ricoveri)".

Vaccini disponibili

Attualmente in Italia sono disponibili vaccini antinfluenzali trivalenti (TIV) che contengono 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e un virus di tipo B e vaccini quadrivalenti che contengono 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e 2 virus di tipo B. L'efficacia del vaccino dipende soprattutto dal match esistente fra i virus in esso contenuti e quelli circolanti. L'OMS ha indicato che la composizione del vaccino per l'emisfero settentrionale nella stagione 2017/2018 sia:

- antigene analogo al ceppo A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09;
- antigene analogo al ceppo A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2);
- antigene analogo al ceppo B/Brisbane/60/2008 (lineaggio B/Victoria).

Pertanto il vaccino per la stagione 2017/18 conterrà una nuova variante antigenica di sottotipo H1N1pdm09 (A/Michigan/45/2015), che sostituirà il ceppo A/California/7/2009.

… e gli operatori sanitari?

"Nelle raccomandazioni del Ministero della Salute per la stagione 2017/18 all'elenco delle categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata anche quest'anno troviamo medici e personale sanitario di assistenza. Ma nonostante siano tra le categorie più a rischio di contrarre l'infezione e di trasmetterla ai soggetti più vulnerabili, tra gli operatori sanitari la copertura del vaccino antinfluenzale è ancora troppo bassa: nelle migliori delle ipotesi si arriva solo al 35%. È necessario un atto di responsabilità verso se stessi e verso la comunità, sia per essere operativi anche nei momenti di maggior diffusione del virus, ma anche per non essere 'untori' della malattia verso i soggetti più fragili" - conclude Pregliasco. A tale proposito le raccomandazioni del Ministero indicano l'utilizzazione vaccino quadrivalente split, particolarmente idonea per l'immunizzazione degli operatori sanitari e degli addetti all'assistenza.

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Fabrizio Pregliasco

■ PSICHIATRIA

Schizofrenia: antipsicotico in somministrazione trimestrale

Nell'ultimo decennio vi è stata un'evoluzione nel trattamento della schizofrenia con l'avvento dei nuovi LAI (Long Acting Injectables) di seconda generazione. Un'ulteriore progresso per la qualità di vista di questi pazienti e dei loro familiari è la disponibilità della nuova somministrazione trimestrale di paliperidone palmitato, l'antispicotico atipico in sospensione iniettabile a rilascio prolungato, già in uso in somministrazione mensile.
Le caratteristiche di rilascio graduale e di regime posologico di paliperidone palmitato a somministrazione trimestrale risultano in concentrazioni terapeutiche mantenute per oltre tre mesi. La nuova somministrazione è indicata per il trattamento di mantenimento della schizofrenia in pazienti adulti che sono clinicamente stabili con la somministrazione mensile.

Migliore aderenza terapeutica

I farmaci funzionano solo quando vengono assunti e se la mancata aderenza alle terapie è un problema trasversale a tutte le branche della medicina, in ambito psichiatrico, in particolare nei pazienti con schizofrenia, è un importante fattore di rischio per le ricadute e anche brevi interruzioni del trattamento antipsicotico possono portare alle riacutizzazioni. Terapie con intervalli più prolungati tra le somministrazioni possono contribuire a migliorare l'aderenza terapeutica e conseguentemente ridurre il rischio di una ricaduta. I potenziali benefici di paliperidone palmitato a somministrazione trimestrale vanno proprio in questa direzione: aumentando l'intervallo tra una somministrazione e l'altra ha il potenziale di offrire ai pazienti idonei maggiore indipendenza e l'opportunità di pensare meno all'assunzione dei farmaci e concentrarsi di più su come stare meglio.
Con un minor numero di appuntamenti necessari per la somministrazione, la formulazione trimestrale può offrire benefici a lungo termine ai pazienti, ai caregiver, ma anche agli operatori sanitari.

Il commento

"Il primo vantaggio offerto dalla nuova somministrazione trimestrale dell'antipsicotico è la stabilità del compenso psichico - ha sottolineato **Giuseppe Maina**, Direttore di Struttura Complessa di Psichiatria presso l'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, tra i centri in cui è stata condotta la sperimentazione. Una stabilità che offre al paziente di ridurre le oscillazioni dei sintomi e le eventuali ricadute. Il secondo vantaggio, non di poco conto, è la libertà, sia per il paziente sia per il caregiver. Il paziente è più libero perché deve ricordarsi di assumere la terapia solo 4 volte all'anno. Il caregiver viene sollevato dalla responsabilità di dover continuamente controllare e verificare che il suo caro l'abbia assunta. Questo consente tra i due un rapporto più sereno e rilassato. Il terzo vantaggio è la normalità: una terapia come questa permette di riportare il paziente ad una maggiore normalità anche dal punto di vista dello stigma. È molto meno stigmatizzato un paziente quando, in mezzo agli altri, non deve ricordarsi di prendere la pillola tutti i giorni o tre volte al giorno". Con i nuovi farmaci e strategie di riabilitazione psicosociale, la schizofrenia resta una malattia grave e pesante, per chi ne è affetto, per la famiglia e la società, ma diventa però trattabile, migliorabile e associata a una vita meritevole di essere vissuta.

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giuseppe Maina

■ REUMATOLOGIA

Artrite reumatoide, è possibile identificarla all'esordio

"Malattia complessa ma semplice da identificare al suo esordio". Definisce così l'artrite reumatoide **Luigi Sinigaglia**, Direttore S.C. Reumatologia DH ASST Gaetano Pini, Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Pini-CTO di Milano.

Riuscire a identificare tempestivamente l'artrite reumatoide (AR) consente infatti un avvio tempestivo della terapia in modo da poter intervenire sin dai primi segni sui processi infiammatori. In tal senso il ruolo del medico di medicina generale può essere determinante e permettere di indirizzare il paziente allo specialista di riferimento. Riuscire ad intercettare in tempo la malattia con le cure oggi disponibili, vuol dire cambiare le sorti dei pazienti.

L'AR colpisce 1 persona ogni 200, oltre 300mila soggetti in Italia, per il 75% dei casi di sesso femminile e in età produttiva. Patologia infiammatoria di origine autoimmune ad andamento invalidante e a carattere sistemico, è caratterizzata da deformazione e dolore che possono portare fino alla perdita della funzionalità articolare, con un impatto estremamente negativo sulla qualità di vita. La malattia genera costi umani e sociali particolarmente gravosi: si calcola che in Italia oltre il 25% dei pazienti sia parzialmente limitato nel tempo libero e nel lavoro e il 4% sia affetto da disabilità completa.

"L'artrite reumatoide è una malattia multiforme in quanto può variare per modalità di esordio, decorso clinico, caratteristiche sieroimmunologiche e risposta ai trattamenti", continua Luigi Sinigaglia. "Rispetto ad altre forme di artrite - prosegue - in quella precoce e aggressiva l'infiammazione a livello della membrana sinoviale che riveste l'interno di tutte le articolazioni mobili dell'organismo comporta un precoce danno anatomico agli altri tessuti articolari, soprattutto alla cartilagine e all'osso subcondrale, ma anche a tendini e legamenti, arrivando, nel giro di un paio di anni, alla completa abolizione della funzionalità del distretto articolare colpito. Pertanto, questa forma di malattia, che interessa il 40% dei pazienti all'esordio, si associa a una maggiore disabilità e a una più alta mortalità per manifestazioni extra articolari, in primis per patologia cardiovascolare che colpisce soprattutto le donne tra i 40 e i 50 anni, con una riduzione della sopravvivenza dai 3 ai 10 anni. Questi dati ci aiutano a comprendere quanto la diagnosi precoce possa cambiare le sorti dei pazienti".

Marcatori specifici

Alla luce della variabilità fenotipica dell'AR, gli esperti ritengono sia fondamentale rilevare in tempi rapidi alcuni marcatori specifici che consentono di distinguere all'esordio le forme a evoluzione potenzialmente più grave e identificare l'approccio terapeutico appropriato. "È il caso del fattore reumatoide e degli ACPA (anticorpi antipeptide ciclico citrullinato) - spiega Sinigaglia - presenti frequentemente nel siero di pazienti affetti da AR che, quando si associano ad altri fattori prognostici negativi, sono in grado di predire la possibilità di rapida progressione della malattia secondo un gradiente di rischio che raggiunge l'80%. In questi casi è determinante una strategia terapeutica tempestiva in quanto coloro che iniziano una terapia adeguata entro i primi 3 mesi dall'esordio evidenziano una migliore prognosi in termini di danno radiologico e tasso di remissione".

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Luigi Sinigaglia

La gestione del paziente aggressivo

Non è infrequente che il medico si trovi a gestire pazienti aggressivi, come segnalano i recenti episodi di violenza sul personale sanitario. Diverse linee guida fornisco indicazioni su come affrontare il colloquio con un paziente potenzialmente pericoloso e quali trattamenti usare nel trattamento acuto dell'aggressività nell'adulto

Giulia Marin - *Medico, Casa di Cura San Giorgio - Pordenone*
Mauro Marin - *Direttore Distretto Sanitario - Pordenone*

Non è infrequente che il medico si trovi a gestire pazienti aggressivi con rabbia, distorsioni cognitive, psicosi, disturbi di personalità, disturbo bipolare o dipendenze da alcol o sostanze stupefacenti, sebbene la pericolosità sociale sia difficile da prevedere. Le linee guida 2015 del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sulla gestione del paziente aggressivo (www.nice.org.uk/guidance/ng10) e le linee guida 2015 dell'OSHA (Occupational Safety and Health Administration) per la prevenzione degli episodi di violenza negli ambienti di lavoro forniscono raccomandazioni per orientare i comportamenti individuali e organizzativi. L'art. 1 della legge n. 24/2017 afferma che la sicurezza è parte costituente del diritto alla salute. Il DLgs n. 81/2008 all'art. 28 obbliga il datore di lavoro alla valutazione di tutti i rischi e agli artt. 21, 36 e 37 fa obbligo al datore di lavoro di formare gli operatori alla gestione del rischio (Cass. Pen 3° n.54519/2016 e n.3898/2017).
Il Ministero della Salute nella raccomandazione n. 8/2007 ha disposto che ogni struttura sanitaria elabori un programma per la prevenzione della violenza contro gli operatori.

Come affrontare il colloquio

➤ **Sicurezza ambientale. Per garantire la sicurezza, un paziente potenzialmente aggressivo dovrebbe sempre essere visitato in presenza di altre persone**, personale sanitario e/o familiari. Lo stanza scelta per il colloquio dovrebbe essere silenziosa, ben illuminata e non disturbata, non deve presentare barriere tra il medico e l'uscita (via di fuga) e devono essere rimossi dalla stanza oggetti in vista utilizzabili come arma impropria tipo forbici, tagliacarte o fermacarte sul tavolo.

➤ **Per ridurre l'escalation dei comportamenti aggressivi nella fase acuta sono consigliati interventi di desensibilizzazione basati sulla comunicazione** verbale e non verbale che hanno un razionale nella psicologia cognitivo-comportamentale e seguono il modello del ciclo dell'aggressività, mirando al contenimento graduale del soggetto grazie al riconoscimento delle sue esigenze e all'avvio di una negoziazione che recepisca il contenuto emotivo della crisi, ma ne devii il comportamento *(tabella 1)*.
Di fronte ad un paziente aggressivo, potenzialmente violento e disarmato, è necessario saper mostrare autocontrollo, con l'unico obiettivo di ridurre il suo livello di aggressività affinché il dialogo diventi possibile in sicurezza. Bisogna superare l'impulso a reagire con lo stesso tono lasciandosi coinvolgere in un conflitto personale pericolosamente crescente e superare l'inibizione e la paura con tendenza alla fuga, salvo che la situazione non appaia subito incontrollabile.
Il colloquio va condotto con gentilezza, se necessario in modo leggermente formale per creare una distanza psicologica, oltre che fisica, che scoraggi la violenza. Il paziente va sempre trattato mostrando attenzione e rispetto come se fosse una persona importante perché si senta considerato, ma senza invadere il suo spazio personale e senza toccarlo perché altrimenti potrebbe sentirsi minacciato e reagire violentemente.
Un paziente aggressivo avrà più difficoltà a mantenere aperto un conflitto da solo se il medico si mostra deciso a non lasciarsi coinvolgere in una polemica crescente rispondendo con lo stesso tono e assume invece un atteggiamento assertivo, mantenendosi calmo e

mostrando accoglienza, empatia, comprensione, rispetto e sostegno. È importante accettare la rabbia del paziente considerandola come una espressione di dolore o di paura richiedente ascolto e aiuto.
È utile da parte del medico esprimere comprensione (es. capisco che questa situazione le provochi rabbia…), rispetto (es. mi rendo conto delle difficoltà che ha saputo affrontare…), sostegno (es. sono qui per aiutarla…) e cercare attraverso la negoziazione di costruire un'alleanza terapeutica su quello che è necessario fare in concreto nel presente. Le recriminazioni sul passato sono inutili dato che non è modificabile. È importante attenersi al problema pratico, evitando di lasciarsi trascinare su questioni di principio, di passare da un argomento conflittuale all'altro, di partecipare ad uno scambio di accuse, di lasciarsi coinvolgere in atteggiamenti di ostilità reciproca.
Bisogna evitare di minimizzare le emozioni del paziente, di giustificarsi da eventuali accuse, di fare domande che sottintendono giudizi, di esprimere rimproveri paternalistici e false rassicurazioni che possono essere percepite dal paziente come un'ingiusta e irritante minimizzazione delle sue aspettative e bisogni.
È inutile e dannoso tentare di mettere il paziente psicotico di fronte alla mancanza di razionalità delle sue convinzioni deliranti oppure accettare di sostenere una discussione che diventa un conflitto di potere con un paziente in fase maniacale. È necessario riconoscere e comunicargli di aver compreso i suoi sentimenti (paura, rabbia, angoscia) piuttosto che mettere in discussione la veridicità del suo delirio. Può accentuare la conflittualità l'indifferenza percepita dal paziente come mancanza di considerazione o anche un atteggiamento troppo accondiscendente del medico: il paziente dovrebbe sempre percepire che il medico ha il controllo della situazione.
Quando il paziente ha finito di parlare, è consigliabile per il medico esporre con calma e chiarezza il proprio punto di vista, richiamando l'attenzione del paziente sulle risposte condivise e possibili per i bisogni espressi. Se la negoziazione si

Tabella 1

Le 5 fasi del ciclo dell'aggressività e le tecniche di de-escalation

Fase del ciclo	Sintomi clinici possibili	Interventi consigliati
1. Scatenamento (trigger)	• Stimoli percepiti ostili • Condotte di allerta e aggressività • Inibizione delle capacità di problem solving e comunicazione costruttiva	Riconoscere il fattore scatenante e tentare di rimuoverlo: negoziare con tono basso, mantenere un dialogo, mostrare considerazione e serio intento di trovare soluzioni condivise
2. Escalation	• Aumento di agitazione • Minacce o insulti • Atti di violenza contro cose • Ideazione paranoidea • Paura incontrollata	Non affrontare da soli l'utente, non dargli le spalle, mantenere una distanza di sicurezza e il contatto visivo senza fissarlo negli occhi, usare un tono basso e pacato e un linguaggio appropriato alla persona, riconoscere i messaggi della condotta, focalizzare il colloquio solo sui motivi concreti alla base del conflitto, non rimproverare e non rispondere con toni alti a provocazioni, offrire ascolto e l'aiuto possibile
3. Crisi	• Massima eccitazione incontrollata • Atti di violenza verbale e/o fisica	Garantire la sicurezza, la protezione propria e delle persone e come extrema ratio il contenimento o la fuga, chiamata alle forze dell'ordine
4. Recupero	Riduzione di eccitamento ma alta vulnerabilità a nuovo trigger con recidive della condotta violenta	Evitare nuovi trigger quali: rimproveri, discussioni, intempestive rielaborazioni dei fatti
5. Depressione post-crisi	• Rientro dei sintomi emotivi nella condotta abituale • Sentimenti di colpa	Evitare biasimi e dare sostegno per una critica maturazione di accaduto e circostanze scatenanti

rivela impossibile, il medico deve accettare il fatto che il paziente non ammetta le sue ragioni e rimanga ostile, senza mostrare rancore verso il paziente. Può essere utile esprimere rammarico per la conclusione del colloquio senza un accordo, dimostrando comunque disponibilità ad offrire quando richiesto la propria assistenza.
Se l'aggressività del paziente si mostra crescente può essere utile ridefinire il problema ed eventualmente accettare in modo strategico la scelta del paziente.
Situazioni ad alto rischio di violenza improvvisa sono la comunicazione al paziente che si intende trattenerlo o trattarlo contro la sua volontà (TSO) e la sua espressa convinzione delirante che stia per accadere qualcosa di pericoloso.
Se il paziente esprime l'intenzione di lasciare lo studio medico, non bisogna opporsi al suo allontanamento od ostruirgli la via d'uscita perché ciò potrebbe scatenare una reazione violenta, a meno che non si intenda procedere con un TSO, nel qual caso è utile prima allertare personale di supporto e le forze dell'ordine.
La gestione dell'aggressività e dei disturbi del comportamento in fase acuta comprende dunque interventi relazionali con tecniche di de-escalation e poi eventualmente un trattamento farmacologico di rapida tranquillizzazione *(tabella 2)* per ridurre i disturbi, il rischio di comportamenti violenti autolesivi o verso terzi e il ricorso al TSO per cure indifferibili, previsto dagli artt. 34 e 35 della legge 833/1978 con richiesta di intervento delle forze dell'ordine e allertamento del medico accettante della struttura individuata per l'eventuale ricovero.

Gestione cronica dell'aggressività

Fattori comuni che inducono a provare rabbia sono gli errori di giudizio definiti distorsioni cognitive, la rigidità di pensiero con tendenza a considerare le proprie preferenze come bisogni assoluti o doveri anche per gli altri, la tendenza ad attribuire le proprie mancanze alla situazione e le mancanze degli altri a comportamenti personali negativi intenzionali ed egoistici. Il training delle Abilità Sociali e dell'Autocontrollo è un programma psicoterapeutico di gruppo consigliabile a chi è consapevole e motivato a migliorare a lungo termine le capacità personali di rapportarsi con gli altri.

Bibliografia disponibile a richiesta

Tabella 2

Trattamento acuto dell'aggressività nell'adulto: opzioni farmacologiche di tranquillizzazione rapida

Via di somministrazione	Farmaci
Terapia orale (via preferibile)	• Lorazepam 1-2,5 mg o delorazepam 1-2 mg se già in terapia con antipsicotici (ripetere dopo 45-60 min) • Se in terapia con antipsicotici con ECG nella norma somministrare l'AP in uso cronico • Prometazina 25 mg
Terapia intramuscolare	• Delorazepam 2-5 mg 1 f (tenere a disposizione flumazenil) • Prometazina 50 mg • Aloperidolo 5 mg 1 f (farmaco im di ultima scelta per alto rischio di distonia acuta e QT allungato; associabile a prometazina). Ripetere dopo 30-60 min
Terapia endovenosa	• Diazepam 10 mg 1 f in almeno 10 min, ripetere dopo 5-10 min (max 3 volte); tenere a disposizione l'antidoto flumazenil
Avvertenze	Di norma è possibile contattare lo psichiatra reperibile tramite tel. 112 per un consulto. Le benzodiazepine non sono di prima scelta nei disturbi acuti del comportamento in età geriatrica e nell'adolescenza. Nei disturbi comportamentali acuti da demenza può essere utile promazina (25 gtt = 50 mg) o l'antipsicotico clotiapina (10 gtt=33 mg) preferibilmente per via orale. Nell'età evolutiva si utilizzano antipsicotici atipici su prescrizione specialistica. Dopo sedazione bisogna monitorare i parametri vitali (FC e respiratoria, PA, temperatura e saturazione O2).

Linee guida NICE 2015, integrate

Key Points: come comportarsi nel colloquio con paziente aggressivo

Postura e linguaggio corporeo

1. Avvicinarsi al paziente mostrando un atteggiamento tranquillo e rilassato, senza tenere le braccia conserte o le mani in tasca: tenere le mani in vista rassicura il malato, poiché si dimostra di non nascondere nulla e di non avere potenziali armi con sé.

2. Non volgere mai le spalle al paziente ed evitare di posizionarsi di fronte a lui: dargli le spalle può scatenare manifestazioni di rabbia e rendere l'operatore un facile bersaglio. È consigliata una posizione ad angolo che comunica più disponibilità al dialogo e favorisce un più rapido allontanamento in caso di violenza.

3. Mantenere il contatto oculare, senza fissare il paziente e incoraggiare l'utente a sedersi, ma in caso di rifiuto si raccomanda anche al sanitario di rimanere in piedi.

4. Non sorridere, gesticolare e, soprattutto, non toccare il paziente: questo tipo di comportamenti possono assumere significati ostili per l'utente. La distorsione cognitiva attuata da persone agitate porta a fraintendere il contatto fisico come minaccioso, il sorriso come derisione e il gesticolare come segno irritante di agitazione.

Il sanitario deve mostrare autocontrollo

1. Rispondere con la massima calma, dimostrando di avere la situazione sotto controllo.

2. Non rimproverare il paziente: spesso non è cosciente dell'irrazionalità delle sue azioni. La sua rabbia è una manifestazione del suo disagio e della sua paura.

3. Non simulare indifferenza: la minimizzazione può aumentare l'aggressività del paziente.

4. Essere empatico con i sentimenti ma non con i comportamenti: è necessario fargli capire l'intenzione di comprendere il suo disagio, offrire aiuto, ma che non sono accettabili comportamenti violenti o minacce.

5. Qualsiasi intervento ponderato deve essere fatto con fermezza, con il coinvolgimento del paziente, spiegandogli limiti e ruoli in modo autorevole, senza diventare mai aggressivi.

6. Essere molto rispettosi verso il paziente: il paziente agitato è sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto. Bisogna fargli capire che non è necessario che sia lui a mostrarci che deve essere rispettato.

7. Non stare sulla difensiva: commenti e insulti, anche se diretti al sanitario, non devono essere personalizzati e serve difendere se stessi o il proprio ruolo dalle accuse.

Comunicazione e linguaggio verbale

Parlare chiaramente e lentamente, con tono di voce pacato e rassicurante:
spesso il paziente tende a percepire più il tono che il contenuto e un tono rassicurante può ridurre l'aggressività

1. Chiamare sempre per cognome il paziente: è segno di rispetto e di attenzione.

2. Ascoltare tutto ciò che il paziente dice, anche se incoerente, senza polemizzare: facilita un dialogo produttivo per trovare le ragioni della sua aggressività e le cause scatenanti.

3. Mostrare disponibilità all'ascolto, riutilizzando nella comunicazione le parole del paziente: dimostra al paziente che il sanitario lo sta ascoltando con l'intenzione di aiutarlo.

4. Porre il paziente davanti a scelte alternative: si distrarrà il soggetto dal problema principale, poiché tutta la sua attenzione sarà rivolta altrove.

5. Focalizzare il dialogo nel cercare di rispondere all'esigenza immediata del paziente, in modo che lui comprenda che il sanitario sta cercando veramente di aiutarlo.

6. Rispondere alle domande in modo selettivo: a tutte le domande si deve rispondere con un contenuto di informazione, senza curarsi di quanto aggressivamente siano state poste. Non rispondere invece a domande provocatorie e insulti.

7. Cercare di entrare in contatto con il paziente a livello cognitivo: ad esempio, invece di chiedere "mi dica come si sente" si può usare una formula come "mi aiuti a capire quello che mi vuole dire" in modo da impegnare il paziente a spiegare ciò che vuole che il sanitario sappia.

Personalizzare il trattamento dell'angina

In un documento di consenso internazionale un gruppo di esperti suggerisce un nuovo approccio personalizzato, cosiddetto "a diamante", per il trattamento dell'angina pectoris stabile, a partire dalla centralità del paziente, dalle comorbidità e dal meccanismo sottostante la malattia

Roberto Ferrari[1], **Giuseppe Rosano**[2]

[1]*Direttore Cardiologia e Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Ferrara*

[2]*Professore di Cardiologia al St George's Hospital University of London e Direttore della ricerca cardiovascolare all'IRCCS San Raffaele di Roma*

L'angina è in costante crescita, in dieci anni (2002-2012) in Italia è aumentata del 36% fra gli uomini (dall'1.9 al 2.6% nella fascia d'età 35-74 anni) e del 16% fra le donne (dal 3.7 al 4.3%).

La terapia farmacologica per controllare e ridurre questo sintomo è stata classificata per decenni dalle linee guida internazionali in due grandi categorie distinte: farmaci di prima scelta (beta-bloccanti, bloccanti dei canali del calcio, nitrati) e di seconda scelta (ivabradina, ranolazina, trimetazidina, nicorandil).

I più importanti esperti al mondo oggi suggeriscono un approccio personalizzato, "a diamante" *(figura 1)*, che superi quella distinzione e guardi alle caratteristiche del singolo paziente e della patogenesi. L'angina infatti ha cause multiple: l'aterosclerosi, lo spasmo coronarico o le alterazioni del microcircolo. A seconda delle cause e della tipologia del paziente, la cura cambia.

La nuova "via" è descritta in un articolo (*A 'diamond' approach to personalized treatment of angina*) pubblicato su *Nature Reviews*. L'Italia ha offerto un contributo decisivo alla ricerca.

Il documento di consenso suggerisce un approccio diverso rispetto a quello contenuto nelle linee guida, identiche da decenni. La demarcazione fra le due categorie risponde solo alla tradizione, non è sostenuta da alcuna evidenza scientifica ed è contraria al principio di innovazione.

Il punto sui trattamenti

I farmaci di prima scelta sono ancora efficaci ma sono stati introdotti più di 50 anni fa, i beta-bloccanti nel 1965, gli antagonisti del calcio nel 1974, i nitrati addirittura nel 1867.

I farmaci considerati di seconda scelta sono innovativi e presentano meno effetti collaterali. Inoltre sono stati approvati dalle autorità regolatorie pochi anni fa in base a regole più stringenti rispetto a quelle in vigore in passato. Ad esempio gli studi clinici che hanno condotto all'approvazione di ivabradina hanno coinvolto più di 14mila pazienti, per i beta-bloccanti invece meno di 1.000 anche se, ovviamente, i beta-bloccanti sono stati utilizzati in milioni di pazienti, ma non in studi controllati. E non vi sono studi di confronto che ad esempio dimostrino che un beta-bloccante funzioni meglio di ivabradina o di ranolazina. Le più recenti evidenze dimostrano anzi come risulti più efficace la strategia di associare più molecole con meccanismi d'azione sinergici (quali ad esempio beta-bloccanti, ivabradina, ranolazina e trimetazidina) piuttosto che l'aumento del dosaggio del solo beta-bloccante, che spesso si associa ad effetti collaterali significativi e ad eventi avversi severi soprattutto nella popolazione anziana.

L'uso di farmaci quali i nitrati a lunga durata di azione (cerotti o formulazioni orali) che rappresentano circa il 70% dei trattamenti anti-anginosi in Italia è poco o nulla efficace e può essere dannoso per i pazienti, come sottolineato dalla Società Europea di Cardiologia.

Utilità della nuova proposta per i Mmg

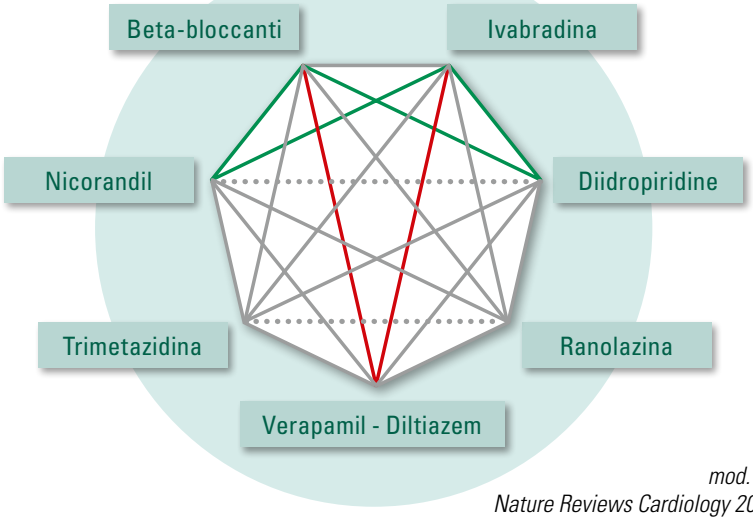
La distinzione rigida sostenuta dalle linee guida ha spesso determinato un uso acritico delle terapie di prima scelta da parte dei clinici senza considerare il paziente e la patologia di base che si trova dietro l'angina.

Il nuovo approccio può essere particolarmente utile ai medici di famiglia e richiede un maggior sforzo da parte del clinico che è così indotto a considerare nel merito le condizioni del paziente, che potrebbe ad esempio presentare angina con tachicardia o bradicardia, ipertensione o ipotensione, fibrillazione atriale, diabete, malattia re-

nale cronica o ipertiroidismo.
Come dimostrato dallo studio START che ha coinvolto più di 1.400 pazienti, esiste una netta differenza nell'impiego di queste terapie: ad esempio da un lato i beta-bloccanti sono utilizzati nel 77% dei casi, dall'altro la ranolazina solo nel 12% e l'ivabradina nel 7%.
L'angina stabile è la più frequente manifestazione della malattia coronarica di cui costituisce la fase iniziale in circa la metà dei casi. Questi pazienti presentano un restringimento delle arterie coronarie che si manifesta in maniera evidente quando il cuore è sotto sforzo. Il dolore nell'angina stabile si ripete in maniera costante in relazione a un determinato livello di affaticamento e dura poco tempo, qualche minuto, altrimenti saremmo di fronte a un infarto.
La qualità di vita di queste persone è molto bassa: il dolore toracico è fonte di grande preoccupazione che determina a sua volta un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa che causano un peggioramento dei sintomi, dando origine così a un vero e proprio circolo vizioso.
La riduzione del dolore può essere ottenuta anche attraverso la rivascolarizzazione, angioplastica, indicata solo in casi di emergenza quali le sindromi coronariche acute o in presenza di una percentuale di ischemia miocardica molto importante. Altrimenti l'opzione efficace è costituita dalla terapia medica.
Fino ad oggi, nessuno studio è mai riuscito a dimostrare la superiorità della angioplastica da sola o con l'utilizzo di stents rispetto alla terapia medica. Pertanto la terapia medica riveste un ruolo di primaria importanza nel trattamento dei pazienti con angina o con malattia coronarica. Utilizziamo da un lato i farmaci (aspirina, statina o ace-inibitori), che permettono di migliorare la sopravvivenza, obiettivo che non può essere raggiunto con l'intervento di rivascolarizzazione, dall'altro farmaci in grado di ridurre il dolore, che abbiamo analizzato nel documento di consenso.
Se un paziente con angina presenta tachicardia, devono essere somministrate molecole che riducano il numero dei battiti, se ha ipertensione quelli che riducono la pressione, ecc: scelte ragionate a cui conduce proprio l'approccio a diamante.

Figura 1

Trattamento dell'angina: approccio "diamond"



mod. da Nature Reviews Cardiology 2017

Il paziente al centro

Abbiamo posto il paziente, la patologia e le sue comorbidità al centro. E abbiamo considerato sullo stesso piano tutti i farmaci a disposizione per il controllo del dolore, li abbiamo inseriti in un ipotetico cerchio e li abbiamo uniti con linee che formano una specie di diamante (da qui *"diamond approach"*): abbiamo individuato le molecole che non devono essere usate insieme, quelle da impiegare in associazione, i farmaci 'neutrali', che non presentano cioè controindicazioni, infine quelli con un meccanismo d'azione simile. Abbiamo realizzato anche delle mappe, pubblicate nel paper su *Nature Reviews*, sempre a forma di diamante, che tengono conto della prescrizione dei farmaci in presenza di comorbidità (quali diabete, malattie polmonari, scompenso cardiaco, ipertensione).
Siamo convinti che questa nuova prospettiva si tradurrà in un netto miglioramento delle cure per i malati.

Bibliografia

• Ferrari R, Camici PG, Crea F, Danchin N, Fox K, Maggioni AP, Manolis AJ, Marzilli M, Rosano GMC, Lopez-Sendon JL. Expert consensus document: a 'diamond' approach to personalized treatment of angina. *Nature Reviews Cardiology* 2017; doi:10.1038/nrcardio.2017.131

Alcol ed epatopatie: gestione condivisa tra Mmg e specialista

Sono indicazioni pratiche quelle contenute nel documento elaborato e condiviso dall'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato e dalla Simg e rappresentano un rapido strumento di consultazione, utile a fornire semplici e chiare indicazioni sulla gestione del paziente con malattia epatica alcol-correlate di cui proponiamo una sintesi

Il sospetto

La stima del consumo giornaliero di alcol può essere effettuata usando l'unità alcolica (UA) o drink. L'UA corrisponde a 12-13 g di etanolo puro contenuto in un bicchiere di vino da 125 mL, o in 330 mL di birra o in 40 mL di superalcolico. Il limite di assunzione giornaliera varia in base alla capacità di metabolizzazione epatica, che differisce per sesso ed età, ed è ritenuto essere di massimo 20 g/die per la donna e 30 g/die per l'uomo.

Qualora la raccolta dei dati anamnestici non sia facile ed affidabile, per la valutazione di eventuale comportamento a rischio o di dedizione eccessiva all'alcol, l'attenzione del Mmg deve ricadere anche sui fattori indiretti (incidenti stradali e domestici, frequenti cambi di lavoro e ricorso al PS, sospensione/ritiro della patente, problemi legali, comportamenti aggressivi, violenza verso familiari e soprattutto bambini).

Il sospetto può essere rafforzato dal riscontro dell'alterazione di alcuni parametri laboratoristici, anche se nessun test è valido in assoluto ai fini di definire l'eziologia alcolica del danno epatico, ma valutando insieme i risultati di più indagini (γGT, MCV, AST) si può raggiungere una adeguata sensibilità e specificità diagnostica.

Poiché solo il 20-30% dei bevitori sviluppa una malattia epatica severa, la probabile presenza di cofattori (es. infezioni virali, sindrome metabolica, farmaci e tossici ambientali) potrebbe accelerare la progressione della malattia.

Le condizioni acute sono riassumibili in:

- epatite alcolica, coma etilico, sindrome da astinenza.

I quadri cronici sono rappresentati da:

- steatosi epatica e steatoepatite, cirrosi.

Il Mmg occupa una posizione agevolata per poter sospettare l'eziologia etilica del problema epatico in quanto è spesso già a conoscenza del contesto socio-familiare in cui il paziente vive. Tuttavia non deve essere mai tralasciata l'ipotesi che un'epatite acuta in un alcolista possa essere determinata anche da altre cause, così come la presenza di alitosi etilica in un paziente in stato di coma indica un'avvenuta assunzione di alcol ma non che il coma dipenda necessariamente dall'alcol (può avere anche altra causa: traumatica, chetoacidosica, ipoglicemica, ecc...).

Altrettanto dicasi per l'epatopatia cronica: un paziente che beve può avere una cirrosi da virus o da altra causa (emocromatosi, Wilson, ecc...) e l'alcol può essere solo un cofattore di danno.

Le abitudini etiliche devono essere desunte da un approccio anamnestico mirato in cui è importante ricercare correttamente vari aspetti: la quantità giornaliera di alcol ingerito, l'età di inizio del consumo, l'assunzione quotidiana o concentrata al fine settimana, l'uso ai pasti o fuori dei pasti, in occasione di feste, fattori inducenti al consumo, episodi di ubriachezza, assenteismo dal lavoro per postumi di sbornia, problemi legali connessi all'alcol, ecc.

Il paziente può riferire (o il medico può verificare) episodi di tremori, vomito mattutino, amnesie, astenia, sintomi dispeptici, incidenti stradali o sul lavoro. L'esame obiettivo non deve tralasciare tra le varie valutazioni di cercare le caratteristiche dell'alito (alitosi alcolemica) quale segno di ingestione recente di bevanda alcolica, lo stato di nutrizione, l'eventuale

atrofia testicolare, la ginecomastia, la perdita dei peli cutanei, la presenza di spider nevi, ecc.
Possono essere altresì presenti congiuntiva iniettata o acquosa, tremori, sudorazione, ansia, disturbi tattili, uditivi e visivi, ipertensione arteriosa, tachicardia. Gran parte di questi segni clinici possono essere legati sia all'abuso di alcol che ad una sindrome da astinenza.
L'anamnesi si avvale anche di test di prevalente competenza specialistica atti a valutare la dipendenza (CAGE e AUDIT). Il Mmg può eventualmente sottoporre al paziente la forma breve dell'AUDI, che ha una sensibilità del 54-98% ed una specificità del 57-93% nell'individuare la dipendenza ma non il rischio.

Inquadrare il paziente nel suo contesto generale di salute

Una volta realizzato che un paziente abusa in bevande alcoliche e indipendentemente dalla presenza di danno epatico, la ricerca di un eventuale interessamento lesivo di altri organi ed apparati, sia per contatto diretto con la mucosa (tratto digestivo superiore) che per diffusione parietale e sistemica o per effetti secondari (per es. carenze nutrizionali), deve essere avviata in maniera sistematica già al momento della diagnosi e ripetuta periodicamente nel caso in cui non sia avvenuta un'astensione definitiva.
L'inquadramento iniziale e la ricerca attiva e periodica di eventuali danni correlati all'uso di alcolici deve essere avviata dal Mmg, il quale, per il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico, potrà decidere se inviare il paziente nel Centro Alcologico (NOA e/o SerT) territoriale dove avvalersi della valutazione sia dell'alcologo che di altri specialisti.
Il coinvolgimento dello specialista dipende strettamente dal tipo di complicanze presenti ed è da valutare su base individuale.

Gestione multidisciplinare

La disassuefazione da alcol richiede molto spesso un intervento complesso; il trattamento necessita di un approccio multidisciplinare basato sull'utilizzo di strumenti sia di tipo psicologico (counselling, psicoterapia, gruppi di auto-aiuto) che farmacologico.
La terapia farmacologica dell'AUD si basa su
- farmaci ad azione di interdizione/avversione: disulfiram
- farmaci anticraving: naltrexone, acamprosato, gamma-idrossibutirrato (GHB) o sodio oxibato, nalmefene, baclofen.

Follow-up

Il paziente con patologia alcol-correlata necessita di stretto e puntuale monitoraggio, nell'ambito di un approccio multidisciplinare. Tuttavia, per quanto concerne la malattia epatica, alcuni concetti generali devono essere sempre tenuti in considerazione:
- la comparsa di un'epatite acuta su un danno cronico può essere riconducibile ad un abuso occasionale, che deve essere ricercato.
- In qualunque stadio di malattia il paziente si trovi, l'abolizione dell'alcol riduce il danno, migliora la prognosi e riduce il rischio di progressione.
- Il follow-up della malattia non differisce da quello delle altre epatopatie croniche (controllo semestrale di esami di laboratorio ed ecografia nelle forme non cirrotiche).
- Particolare attenzione deve essere posta all'uso di farmaci di ogni tipo, per possibili alterazioni metaboliche e per potenziale aggravio dell'epatotossicità.
- Una variazione seppur minima degli esami di laboratorio (aumento di AST e/o MCV e/o γGT e/o trigliceridi e/o uricemia e/o IgA) o la ricorrenza di altri indicatori deve sempre far sospettare una ripresa dell'abitudine alcolica.
- Nel sospetto di persistenza di abuso o di ricaduta, sarebbe auspicabile coinvolgere uno o più familiari e sottoporre il paziente al test CAGE o AUDIT.

Educazione e prevenzione

Il coinvolgimento attivo nei diversi contesti operativi (scuola, lavoro, tempo libero, sport, scuola guida.) rappresenta il sistema migliore per la diffusione radicale dei messaggi corretti. In questo quadro d'intervento, il Mmg rappresenta una figura importante per la diffusione di corrette informazioni e di conferme personalizzate, di promozione di modelli comportamentali, ma allo stesso tempo occupa il ruolo vigile nell'ambito della prevenzione secondaria. Quest'ultima deve essere rivolta non solo ai giovani e agli anziani, alle donne in gravidanza/allattamento, a chi svolge attività lavorative pericolose, di precisione e di guida, a chi assume psicofarmaci, ed a tutti coloro con disturbi organici che potrebbero essere aggravati dall'assunzione di alcolici.

Il documento integrale è disponibile:
www.simg.it
www.webaisf.org

Visite mediche, il confronto italiani-stranieri

"Fattori associati al ricorso a visite mediche: confronto tra cittadini italiani e stranieri residenti in Italia" è uno studio trasversale che offre molti spunti di discussione. In primis gli immigrati residenti tendono a manifestare problemi di salute delle fasce di popolazione autoctona più svantaggiate al crescere della loro permanenza nel Paese ospitante, presumibilmente per la perdita del vantaggio iniziale di salute legata al cosiddetto "effetto migrante sano"

Anteo Di Napoli,[1] **Monica Perez**,[2] **Alessandra Rossi**,[1] **Daniele Spizzichino**,[2] **Laura Iannucci**,[2] **Lidia Gargiulo**,[2] **Daniela Panaccione**,[2] **Concetta Mirisola**,[1] **Alessio Petrelli**[1]

Al 1° gennaio 2016 la presenza straniera in Italia ha raggiunto l'8.3% della popolazione residente, una quota molto rilevante, che presenta caratteristiche di salute e di accesso ai servizi sanitari spesso diversi da quelle della popolazione italiana e con cui il Ssn deve confrontarsi.

Questo studio (basato sul campione rappresentativo della popolazione residente in Italia dell'indagine Multiscopo Istat 2013 "Salute e ricorso ai servizi sanitari") ha l'obiettivo di valutare il ruolo di alcuni fattori potenzialmente associati al ricorso a visite mediche da parte della popolazione immigrata, effettuando un confronto con la popolazione italiana. Lo studio trasversale è stato condotto su un campione di cittadini nella fascia di età 18-64 anni (72.476 individui) che rappresentava una popolazione di 37.290.440 persone residenti in Italia (33.900.000 italiani e 3.390.440 stranieri) nel 2013. Lo status di immigrato è stato definito in base alla cittadinanza.

[1] Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma
[2] Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

Principali misure di outcome

È stato utilizzato come outcome l'indicatore sul ricorso a visite mediche, costruito a partire dal quesito:

- *"Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia, pediatra, o da medici specialisti (oculista, dentista, ecc?"*.

A partire da tale outcome, utilizzando il quesito:

- *"Mi può indicare il motivo prevalente delle visite effettuate nelle ultime 4 settimane?"*,

sono stati costruiti due ulteriori variabili di esito, per valutare separatamente:

- il ricorso a visite mediche per "malattie o disturbi";
- per "controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi".

Per ciascun outcome è stato costruito un modello di regressione logistica, considerando come variabili indipendenti informazioni relative al livello socioeconomico e di condizione di salute dell'intervistato.

Risultati

Il 21,4% degli stranieri (18-64 anni) residenti in Italia ha fatto ricorso a visite mediche (sia dal medico di famiglia che dallo specialista) nelle quattro settimane precedenti l'intervista, percentuale inferiore al 27% registrato tra i cittadini italiani.

Nella *tabella 1* è presentato il confronto tra cittadini italiani e stranieri rispetto alla distribuzione delle motivazioni del ricorso a una visita medica, degli stili di vita e dello stato di salute.

Nel campione studiato è più frequente la prevalenza di donne tra i cittadini stranieri, che sono più rappresentati nelle classi di età più giovani rispetto agli italiani.

Circa l'80% degli stranieri risiede nelle Regioni settentrionali e centrali, nelle quali vive meno del 60% dei cittadini italiani. Rispetto agli italiani, gli stranieri presentano meno frequentemente un elevato livello di istruzione e risorse economiche riferite come ottime o adeguate, ma la percentuale di chi si dichiara occupato è lievemente più alta degli italiani. È maggiore anche la percentuale di stranieri che dichiara di non aver mai fumato, mentre gli italiani sono più spesso ex fumatori.

Gli italiani dichiarano più frequentemente degli stranieri di svolgere nel tempo libero attività fisica moderata o rilevante, mentre non si rilevano differenze tra i due gruppi rispetto

Tabella 1

Ricorso a visite mediche, caratteristiche sociodemografiche e cliniche, per cittadinanza*

		Italiani		Stranieri		
		n.	%	n.	%	p-value
		67.295	92,9	5.181	7,1	
Visite nelle ultime 4 settimane	sì	18.184	27,0	1.108	21,4	<0,01
- per malattie/disturbi	sì	9.560	14,2	627	12,1	<0,01
- per controllo dello stato di salute in assenza di malattie/disturbi	sì	5.181	7,7	290	5,6	<0,01
- per prescrizione di ricette	sì	5.410	8,0	280	5,4	<0,01
- per certificati o atti amministrativi	sì	829	1,2	34	0,7	<0,01
- per altro	sì	932	1,4	54	1,0	<0,05
IMC	normopeso/sottopeso	39.698	59,0	3.097	59,8	ns
	sovrappeso/obeso	27.597	41,0	2.084	40,2	
Abitudine al fumo	mai fumatore	35.516	52,8	3.193	61,6	<0,01
	fumatore attuale	17.295	25,7	1.215	23,5	
	ex fumatore	14.484	21,5	773	14,9	
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	sì	21.563	32,0	1.053	20,3	<0,01
	no	45.732	68,0	4.128	79,7	
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	61.105	90,8	4.822	93,1	<0,01
	sì	6.190	9,2	359	6,9	

** Istat, 2012-2013*

Mod da Epidemiologia & Prevenzione 2017; Anno 41 (3-4)

alla distribuzione dell'indice di massa corporea. Da rilevare anche come la prevalenza di persone che riferisce di soffrire di almeno una grave patologia cronica sia più alta tra gli italiani rispetto ai cittadini stranieri.

I risultati dei modelli di regressione logistica hanno mostrato che, tenendo conto delle caratteristiche socioeconomiche, degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati, gli stranieri hanno una probabilità inferiore rispetto agli italiani di ricorrere a una visita medica, sia nel caso in cui si valutino visite motivate da qualche problema di salute (OR: 0,80; IC95% 0,73-0,87), sia quando la visita medica è effettuata con finalità di tipo preventivo (OR: 0,72; IC95% 0,64-0,82).

Discussione e conclusioni

I servizi sanitari europei si stanno solo lentamente adattando al fabbisogno assistenziale dei migranti, essendo stati a lungo focalizzati principalmente sulle malattie infettive, alle quali indubbiamente i migranti possono essere stati esposti durante il percorso migratorio, ma che costituiscono un problema del tutto residuale in termini complessivi di sanità pubblica.

In generale, gli immigrati residenti tendono a manifestare i problemi di salute delle fasce di popolazione più svantaggiate del Paese ospitante: con la durata della permanenza si osserva infatti la perdita del vantaggio iniziale di salute legata al cosiddetto "effetto migrante sano".

Lo scemare di tale effetto con la durata della permanenza è stato osservato anche in altri contesti, come conseguenza di alcune cause, tra cui il minore accesso ai servizi sanitari. Le popolazioni immigrate, in tale ottica, vanno considerate come un gruppo più vulnerabile in termini di salute, tenendo conto tuttavia che si tratta di gruppi molto eterogenei tra loro, ciascuno con i propri specifici problemi. Una maggiore propensione alla prevenzione, per esempio nel caso dello screening oncologico per tumore al seno e della cervice uterina, è associata alla presenza di italiani in famiglia, presumibilmente perché gli stranieri che vivono con italiani sono agevolati nel processo di integrazione e nell'accesso all'assistenza sanitaria. Garantire equità di accesso a livelli di assistenza appropriati per gli immigrati è fondamentale, in quanto si è dimostrato che una efficace capacità di presa in carico e di risposta del sistema sanitario già al primo contatto è in grado di ridurre le disuguaglianze di salute.

Il testo integrale dello studio è disponibile in Epidemiologia & Prevenzione 2017; Anno 41 (3-4) - www.epiprev.it

La compassione e la regolazione emozionale

Partendo dalle emozioni che i pazienti suscitano nel medico si descrivono i meccanismi di regolazione emozionale e la Compassion Focused Therapy, che agisce su di essi per aumentare la compassione verso di sé e gli altri

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

A chi sostiene che provare compassione per il paziente è imprescindibile per curarlo bene viene chiesto quasi sempre: *"Quando la persona che dovremmo assistere non suscita in noi compassione, ma emozioni come ansia, rabbia, tristezza, quando ci fa perdere la pazienza, cosa dovremmo fare?"*
Per rispondere a questa domanda, premesso che le emozioni si scatenano automaticamente e che non possiamo sceglierle, dobbiamo chiederci se e come sia possibile mutare uno stato emotivo, che giudichiamo inadeguato alle circostanze.
Innanzitutto, sappiamo cosa sono, come nascono ed a cosa servono le nostre emozioni, quelle che gli antichi filosofi chiamavano passioni?
In passato si disponeva solo di informazioni ottenute grazie a studi sugli animali e all'osservazione degli esiti nell'uomo di traumi cerebrali e di interventi neurochirurgici; attualmente ci vengono in soccorso più recenti acquisizioni neurofisiologiche, ottenute grazie al *brain imaging*.

Meccanismi neuroendocrini di regolazione emozionale

A livello cerebrale possiamo individuare almeno tre meccanismi neuroendocrini di regolazione emozionale.
Ognuno di essi ha un suo specifico compito, ma interagiscono, stabilendo un equilibrio, bilanciandosi.
Studi di neuroanatomia comparata consentono di capire in che ordine cronologico, filogenetico abbiano fatto la loro comparsa nella storia dell'evoluzione.
Uno dei più antichi è un sistema - i cui componenti anatomofunzionali principali sembrerebbero essere le aree posteriori dell'ipotalamo, l'ippocampo, l'amigdala (nuclei laterale, basale e centrale), la sostanza grigia periacqueduttale mesencefalica e l'ipofisi - il cui compito è quello di riconoscere rapidamente potenziali minacce e di farci provare emozioni, come la rabbia, l'ansia e il disgusto, che sono dipendenti dal cortisolo, dalla serotonina, dall'adrenalina e dalla noradrenalina, la cui utilità è quella di prepararci a rispondere con la lotta o la fuga o la sottomissione *(threat-safety focused)*.
La nostra sicurezza dipende dalla rapidità della risposta ad una potenziale minaccia; la si deve al fatto che l'amigdala riceve dal talamo le informazioni sensoriali prima che esse arrivino alla corteccia, quindi la risposta emotiva si verifica senza la necessità di aspettare una valutazione cognitiva di ciò che sta accadendo.
E' l'amigdala, localizzata nel lobo temporale, ad indurre direttamente, oltre alle reazioni vegetative e ormonali, quelle automatiche motorie, tipicamente le espressioni facciali e la postura "da combattimento", mediante l'attivazione dei gangli della base.
Un altro sistema che ha i suoi principali componenti a livello paleoencefalico è quello il cui compito è indurci a cercare ciò che serve alla sopravvivenza dell'individuo e della specie ed al nostro appagamento (ad esempio cibo, sesso, alleanze, status), facendoci sentire - grazie alla dopamina - motivati, eccitati e pieni di energia *(incentive-resource focused)*; i neuroni che ci spingono a cercare si trovano nell'area tegmentale ventrale, sono in contatto sinaptico con l'ipotalamo dorso-laterale e terminano al *nucleus accumbens*, inoltre si portano verso l'alto al giro del cingolo anteriore e ad altre aree corticali dei lobi frontali, mentre verso il basso si dirigono all'amigdala.
Il sistema di regolazione più recente, è quello che più dipende

dai rapporti del sistema limbico con la neocorteccia cerebrale e ha la funzione di promuovere i comportamenti sociali affiliativi, di integrazione all'interno di un gruppo *(affiliative focused)*, facendoci provare, grazie all'endorfina e all'ossitocina, calma, sicurezza, benessere; è dal nostro neoencefalo, specialmente dai neuroni specchio tipici della corteccia motoria ma presenti anche in aree diverse come l'ippocampo e la corteccia temporale, che dipende la nostra capacità di immedesimarci nelle altre persone, di empatizzare con loro, comprendendone le emozioni grazie al fatto che le proviamo direttamente ancora prima di capirle cognitivamente; è questo il meccanismo biologico che ci predispone a far parte di una società, al quale si debbono le emozioni sociali (ad esempio la compassione, la gratitudine, l'ammirazione), che favoriscono l'individuo, spingendolo a creare legami interpersonali di cooperazione, che promuovono anche l'unità, la coesione e la sopravvivenza del gruppo di cui è membro.

L'importanza della corteccia cerebrale per le emozioni sociali è ampiamente confermata dalla neurotraumatolgia: è noto che danni nella regione prefrontale compromettono la capacità di provare le emozioni sociali, senza danneggiare le facoltà cognitive; fa parte della storia della medicina il caso di Phineas Gage, un operaio statunitense che nel 1848, subita una lesione dei lobi frontali a causa di un infortunio sul lavoro, si trasformò dal brav'uomo che era in una persona aggressiva e inaffidabile.

Abbiamo scelto questa schematizzazione perché tra tutte quelle proposte in letteratura è la più semplice e perché è quella proposta da Paul Gilbert, professore emerito di Psicologia Clinica all'università di Derby (UK), padre della terapia basata sulla compassione *(Compassion Focused Therapy - CFT),* che nel caso che stiamo esaminando, quello del medico nel quale il paziente non suscita compassione ma emozioni negative, dovrebbe avere come obiettivo inibire il sistema di protezione dalle minacce e stimolare il sistema affiliativo e calmante.

Classificare le emozioni...

Del resto anche se non c'è accordo su come classificare le emozioni e neppure sul loro numero, si può dare per acquisito che:

1. sono risposte adattive, universali, anche se la cultura condiziona e differenzia il modo di esprimerle;
2. hanno basi biologiche precise, anche se molto più complesse di quanto si credeva, perché basate su reti di circuiti, che si riorganizzano costantemente;
3. la nostra risposta agli stimoli emotigeni varia a seconda del nostro stato dell'umore.

Esistono quindi ragioni fisiologiche ben precise, per cui, durante il nostro lavoro di cura, può occasionalmente capitarci di provare emozioni inappropriate nei confronti dei pazienti: non è colpa nostra, funzioniamo così, occorre esserne consapevoli ed accettarlo *(emotional validation)*, per non vergognarci e logorarci *(burnout)* con autocritiche eccessive.

A tutti i medici capitano pazienti aggressivi e rivendicativi; chirurghi, ginecologi e ortopedici vengono ingiustamente accusati di aver compiuto gravi errori professionali; non di rado psichiatri e medici di famiglia cercano di contenere pazienti il cui attaccamento patologico si manifesta con comportamenti assillanti e invadenti; sono casi in cui è normale provare le emozioni caratteristiche del sistema di protezione dalla minaccia *(threat-safety focused)*: ansia, rabbia, disgusto.

Strumenti per influenzare le nostre emozioni

Premesse le ragioni per cui è giusto, oltre che necessario per il nostro benessere, avere un atteggiamento compassionevole verso noi stessi, possiamo imparare ad influenzare le nostre emozioni: è possibile calmare l'ansia rallentando la respirazione e il *Compassionate Mind Training,* messo a punto da Paul Gilbert, ci insegna ad utilizzare l'immaginazione, la fantasia, il ragionamento, la meditazione, la capacità di non divagare con la mente verso pensieri lontani dal momento attuale *(mindfulness)* e i ricordi per attivare il sistema di regolazione emozionale affiliativo e calmante *(affiliative focused)*, che a sua volta influenza pensiero ed immaginazione in maniera positiva, creando un circolo virtuoso della compassione e della gentilezza.

La *Compassion Focused Therapy* sta dando buoni risultati nel Regno Unito, dove è nata, soprattutto per la cura dei disturbi da stress.

Riteniamo che per i medici che hanno difficoltà relazionali legate alle emozioni sia fondamentale ricordare che imparare a tollerarle ed accettarle non è meno importante del tentativo di cambiarle.

Bibliografia

- Gilbert P. Compassion focused therapy. Distinctive features. Routledge, London, 2010.

Prevenzione delle malattie non trasmissibili

"Nutrizione e tumori: dall'epidemiologia alla prevenzione" è tra i temi affrontati a "The Future of Science 2017", ciclo di conferenze internazionali volte a definire un nuovo ruolo della scienza nella società del terzo millennio organizzate dalla Fondazione Umberto Veronesi, Fondazione Tronchetti Provera e Fondazione Giorgio Cini

Elio Riboli - *Igiene generale e applicata - Humanitas University*

La creazione di ampi studi di coorte basati sulla popolazione mirati allo studio del legame tra dieta, fattori nutritivi, antropometria e attività fisica da una parte e cancro dall'altra ha aperto la strada a una nuova fase nell'epidemiologia nutrizionale dei tumori e di altre malattie croniche. I primi studi di questo genere furono avviati nell'America settentrionale, mentre lo European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) fu lanciato nei primi anni '90. Nel 2000 l'EPIC era diventato il più ampio studio di coorte prospettico del mondo, con una biobanca progettata specificamente per studiare i fattori di rischio del cancro e altre malattie legati allo stile di vita, all'alimentazione, alla genetica e al metabolismo, con 521.330 partecipanti. Durante il periodo di follow-up (20 anni), sono stati diagnosticati oltre 80.000 casi di tumore, 15.000 casi di DMT2 e 25.000 eventi CV e cerebrovascolari, nonché il decesso di 47.000 partecipanti; questi dati hanno fornito una base consistente per le ricerche in campo nutrizionale, metabolico e genetico.
I progetti di ricerca in seno all'EPIC hanno identificato o chiarito una serie di correlazioni:

- relazione significativa tra il consumo di fibre, in particolare quelle contenute nei cereali, e la riduzione del rischio di cancro del colon-retto;
- è emerso come il consumo di carni rosse e lavorate aumentasse il rischio di tumori all'apparato digestivo, compreso il ca stomaco, colon e retto;
- il consumo di grassi totali e diversi sottotipi di grassi non è stato invece ricollegato a un rischio di cancro più elevato o è emerso soltanto come fattore debolmente predittivo, diversamente da quanto riscontrato nella maggior parte degli studi caso-controllo di qualche anno prima.

Progressi della ricerca

Il principale cambiamento nelle conoscenze sul rapporto tra dieta, alimentazione e cancro è tuttavia dovuto alle scoperte sul ruolo dell'antropometria, dell'attività fisica e dei complessi fattori metabolici coinvolti in questi processi; queste scoperte non si limitano a darci informazioni sul consumo abituale di un cibo o di un nutriente in particolare, ma vanno oltre. È emersa una forte correlazione tra il grasso corporeo in eccesso, misurato tramite il BMI e il rischio di sviluppare diversi tipi di cancro, mentre un'attività fisica moderata o elevata, che unisca attività ricreative e domestiche, è stata associata a un rischio ridotto di vari tumori, indipendentemente dal BMI. Il meccanismo biologico alla base del rapporto tra obesità, attività fisica e cancro è complesso e non ancora del tutto chiaro. Uno degli ambiti di ricerca affrontati dall'EPIC e da altri studi di coorte successivi ha coinvolto i componenti della sindrome metabolica e l'insulino-resistenza. Nel corso del New York University Women's Health Study, è emersa inizialmente una relazione fortemente positiva tra il C-peptide come marker dell'iperinsulinemia e un aumento del rischio di ca al colon e al retto. Questi risultati sono stati confermati dall'EPIC e da studi di coorte successivi. Livelli elevati di insulina sono stati associati a un maggior rischio di sviluppare altri tipi di tumore, tra cui il tumore al seno dopo la menopausa e il cancro dell'endometrio.
Studi più recenti hanno riguardato il ruolo di altri componenti della sindrome metabolica e analizzato come dieta, antropometria e attività fisica influiscano sui processi infiammatori potenzialmente collegati alla carcinogenesi.
In conclusione, le ricerche svolte negli ultimi decenni hanno riscontrato che la dieta, l'alimentazione, l'attività fisica e l'antropometria influiscono notevolmente sul rischio di sviluppare tumori, diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari, nonché sulle aspettative di vita della popolazione. Svelare i meccanismi con cui questi fattori comportamentali e nutrizionali condizionano lo sviluppo dei tumori rappresenta una priorità per meglio comprendere l'eziopatogenesi di diversi tipi di cancro. Dal punto di vista della sanità pubblica, questi fattori metabolici e legati allo stile di vita sono estremamente interessanti poiché spesso coincidono con i principali rischi noti di malattie CV e diabete, offrendo la possibilità di personalizzare la prevenzione delle malattie non trasmissibili tramite l'insieme di interventi a livello pubblico.