

M.D.

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

Anno XXV, numero 7 - ottobre 2018

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

**Obiettivi e soluzioni
per dare un futuro
alla Medicina Generale**

DIBATTITO

8

**Proteste, confronti e dissensi
sul riordino di accesso
alla professione**

RASSEGNA

30

**Fisiopatologia della
neuropatia diabetica.
Il ruolo dell'ipossia, danno
organico o danno funzionale?**



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



Claudio Ferri

Presidente Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA)

**Sinergia di intenti tra Mmg e specialista
contro l'ipertensione arteriosa**

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**
Sinergia di intenti tra Mmg e specialista contro l'ipertensione arteriosa 5
- **Focus on**
Obiettivi e soluzioni per dare un futuro alla Medicina Generale 6
- **Dibattito**
Proteste, confronti e dissensi sul riordino di accesso alla professione 8
- **Professione**
La formazione dei medici di famiglia va potenziata e riqualificata 10
Training specialistico e insegnamento under graduate: lo stato dell'arte in Europa 11
- **Italia sanità**
I cambiamenti per la sanità nella manovra economica 2019 12
- **Contrappunto**
Il Ssn compie quarant'anni, ma non ha un progetto chiaro sulle cure territoriali 13
- **Riflettori**
Un omaggio a Julian Tudor Hart ovvero il Mmg universale 14
- **Legislazione**
L'assistenza sanitaria penitenziaria tra norme e governo clinico 18

AGGIORNAMENTI

- **Chirurgia**
Appendicectomia vs terapia antibiotica a confronto 22
- **Diabetologia**
Prevenzione, l'arma vincente contro il diabete di tipo 2 23
- **Endocrinologia**
Noduli tiroidei: come evitare il rischio di sovratrattamenti 24
- **Farmacologia**
Opportunità offerte dai farmaci biosimilari 25
- **Medicina interna**
Quando l'ipokaliemia è dovuta a eccessiva attività mineralcorticoide 26
- **Patologie della schiena**
Gestione della lombalgia nel setting delle cure primarie 27
- **Prevenzione**
Previsioni sulla prossima stagione influenzale 28
- **Virologia**
Chikungunya e somiglianze con l'artrite reumatoide 29

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
Fisiopatologia della neuropatia diabetica.
Il ruolo dell'ipossia, danno organico o danno funzionale? 30
- **Pratica medica**
Oggi ho deciso di non prescrivere... 32
- **Management**
Un progetto innovativo per migliorare la cura del diabete: primi risultati 38
- **Documenti**
Nutraceutici e alimenti funzionali nel controllo della colesterolemia 40
- **Ricerca**
Interferenti endocrini e fertilità 42
- **Clinica**
Approcci non convenzionali nella cura della persona con demenza 43
- **Osservatorio**
Insonnia e rischio di incidenti stradali 45
- **Monitor**
Anziani soli e maggior rischio di malattia 46

Sinergia di intenti tra Mmg e specialista contro l'ipertensione arteriosa

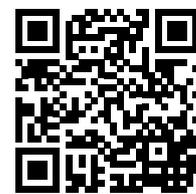
Per combattere l'ipertensione arteriosa la collaborazione tra medici di famiglia, farmacisti e specialisti è indispensabile". A sottolinearlo è **Claudio Ferri** Presidente della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa, (SIIA), commentando i risultati della campagna nazionale 'Abbasso la pressione', svolta da Federfarma, in collaborazione con la SIIA.

L'obiettivo della campagna, che si è svolta dal 17 maggio (Giornata Mondiale contro l'Ipertensione Arteriosa) al 20 maggio di quest'anno, è quello di sensibilizzare i cittadini sulla necessità di tenere sotto controllo la pressione arteriosa (PA) e adottare stili di vita sani, informandoli sui rischi connessi all'ipertensione arteriosa. Grazie a questa iniziativa, oltre 3.700 farmacie sparse su tutto il territorio nazionale hanno monitorato la PA gratuitamente a circa 50mila persone, facendo emergere il sommerso: un'alta percentuale di cittadini che non era consapevole di essere ipertesa! Per la precisione: delle 24.282 persone che hanno dichiarato di non essere ipertese o di non assumere alcuna terapia antipertensiva, un quinto ha scoperto di avere valori pressori superiori alla norma, con ipertensione di Grado 1, 2 o 3.

"Le campagne di tipo informativo ed educazionale come 'Abbasso la pressione' - precisa Ferri a *M.D. Medicinae Doctor* - rappresentano occasioni fondamentali per aumentare la consapevolezza dei cittadini sui rischi cardiovascolari correlati all'ipertensione. Nel nostro Paese l'ipertensione interessa il 37% della popolazione adulta. Un quarto degli ipertesi non è consapevole di essere malato e i risultati di questa campagna non fanno che confermare ciò".

"È chiaro - evidenzia Ferri - che in questo caso stiamo considerando una singola misurazione che non può testimoniare un profilo della PA nella giornata e poi nel tempo. Rispetto al passato, certamente il controllo della PA nel nostro Paese è migliorato, ma è necessario fare di più. La cooperazione tra Mmg, farmacisti e specialisti non solo deve implementare la consapevolezza sull'ipertensione arteriosa come fattore di rischio cardiovascolare, ma deve anche migliorare il controllo della PA".

"Ultima nota dolente - tiene a sottolineare il presidente della SIIA - che è necessario enfatizzare, sono i risultati relativi agli stili di vita che nella campagna 'Abbasso la pressione' sono stati valutati con un semplicissimo questionario. Ebbene è stato veramente deprimente rilevare tanto nei normotesi quanto negli ipertesi 'inconsapevoli', così come negli ipertesi in terapia, un numero elevatissimo di fumatori. Risulta altrettanto elevato il numero di chi dichiara di avere una scarsa attenzione all'uso quotidiano di sale, di essere ipo-attivo o sostanzialmente inattivo. Speriamo che attraverso queste e altre iniziative educazionali l'anno prossimo potremmo osservare un miglioramento di tutti questi aspetti".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Claudio Ferri

Obiettivi e soluzioni per dare un futuro alla Medicina Generale

È stato questo il filo conduttore del 75° Congresso nazionale Fimmg-Metis come ha tenuto a sottolineare, nella sua relazione, il segretario generale nazionale della Fimmg Silvestro Scotti che ha toccato tutte le questioni dirimenti per l'esercizio di una professione che di fatto è la pietra angolare del Ssn. I medici di famiglia ambiscono "a un futuro libero, ma responsabile" ha precisato e hanno bisogno di nuovi strumenti per poter affrontare le sfide assistenziali che verranno

Il programma, gli obiettivi e le soluzioni che Fimmg vuole dare alla Medicina Generale italiana hanno caratterizzato lo svolgimento del 75° Congresso nazionale Fimmg-Metis, svoltosi nel complesso di Chia Laguna, in provincia di Cagliari. Perché, come ha precisato nella sua relazione il riconfermato segretario generale nazionale della Fimmg **Silvestro Scotti**: "Questo Congresso non è stato pensato solo come momento di proposizione di idee, di discussione, di ragionamenti, di confronti, ma di fatto per descrivere il programma, gli obiettivi, le soluzioni che Fimmg vuole dare alla Medicina Generale di questo Paese".

► Le risposte che si attendono

Il primo tema da affrontare per poter parlare di futuro della MG è la carenza di medici di medicina generale che non può essere avulsa dalla necessità di poter contare su di un sistema di formazione qualificata e qualificante che non ha bisogno "di meccanismi di sanatoria - evidenza Scotti - ma di un investimento sui formatori e sui formandi

con verifiche di qualità degli esiti formativi, ha bisogno di una scuola e di maestri riconosciuti che permettano di definire il diploma come specialità in Medicina Generale". Una sottolineatura che si accompagna ad un ringraziamento al Ministro della Salute e ai rappresentanti delle Regioni per il raddoppio del numero delle borse per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Il Congresso della Fimmg si svolge proprio mentre sono in pieno sviluppo le fasi di discussione del Documento di Economica e Finanza. Non poteva quindi mancare la proposta, in più occasione esplicitata dallo stesso segretario nazionale, inerente alla "necessità di identificare nuovi meccanismi di finanziamento per l'area convenzionata che pongano sullo stesso tavolo con richieste coerenti Ministero dell'Economia, Regioni e Professionisti. Meccanismi che in futuro debbano impattare sul Fondo Sanitario Nazionale solo per la parte di miglioramento reddituale dei Professionisti, mentre possano impattare sulla fiscalità generale, con meccanismi di decontribuzione o

defiscalizzazione, per gli investimenti che ogni singolo medico potrà fare per la dotazione di personale e l'acquisizione di strumentazione diagnostica".

► Nuovi modelli assistenziali

Le necessità dettate dall'invecchiamento e dal conseguente aumento di cronicità nella popolazione esigono, sul piano assistenziale, modelli sempre più basati sulla medicina d'iniziativa. Per Scotti bisogna rendere coerente la necessità di realizzare tali modelli con "la capacità di iniziativa dei Mmg anche sull'organizzazione e sull'offerta utile a raggiungere obiettivi di salute collegati ad obiettivi reddituali coerenti, concordati in sede convenzionale".

"Fondamentale per questi processi - continua Scotti - è l'identificazione degli indicatori di processo e di esito sulle singole azioni messe in campo da una medicina di famiglia che guarda a un futuro libero, ma responsabile, autonomo ma non anarchico, organizzato singolarmente, ma disponibile alle organizzazioni più complesse, sostenu-

to e supportato dalla società scientifica. L'Acn di domani rappresenta la tela su cui disegnare questi aspetti. Ma questa tela ha bisogno di una cornice composta da provvedimenti legislativi, da azioni finanziarie, da scelte politiche che recuperino anni di depressione motivazionale di una categoria”.

► I rapporti con Aifa

“Nell'ultimo anno, nei rapporti con Aifa, abbiamo chiarito le nostre intenzioni rispetto ad un abuso che si è fatto in questo Paese di piani terapeutici a prescrizione esclusivamente specialistica”, ha aggiunto il segretario nazionale Fimmg. “Abbiamo bisogno - ha evidenziato - subito di risposte di sistema a quella capacità di iniziativa che è cardine della nostra proposta e, se non le avremo, saremo pronti a scendere in piazza insieme ai cittadini che sono i veri danneggiati da questa inazione. Abbiamo chiesto i flussi di dati sull'appropriatezza prescrittiva di questi piani terapeutici e i flussi di dati sulla sicurezza, nell'uso di questi farmaci, ragione, che a questo punto dovremmo dire 'apparente', di queste limitazioni. Siamo però fiduciosi che il lavoro di questo ultimo anno con Aifa cominci a produrre qualche effetto anche nella discontinuità direzionale determinatasi in questi ultimi mesi. Liberarci da quegli orpelli burocratici che offendono non la medicina generale in quanto tale, ma chiunque consideri che in quel medico è espresso il senso più profondo di questa professione, è il ruolo di una politica che voglia motivarci. Praticare cure sicure e soprattutto portare quelle cure il più vicino possibile alle mutevoli esigenze di un paziente è il nostro ruolo. Limitare

un medico, seppur di una sola categoria, significa limitare l'essere medico”. “Significa - ha concluso - incastrare quel professionista intellettuale in un percorso precostituito di gerarchie professionali”.

► Le risorse

Da troppi anni la sanità è un comparto soggetto a tagli ingenti su cui si investe sempre meno e a tale riguardo Scotti rammenta che negli ultimi 10-15 anni la crescita della spesa sanitaria pubblica è stata di molto inferiore a quella dei Paesi dell'EU occidentale (circa un terzo). “Se non si deciderà di investire in salute, bisognerà chiarire alla popolazione - spiega - che potremo avere domani sicuramente meno poveri, ma più malati e sappiamo bene come la malattia crei più povertà di qualunque altra azione di mancato investimento. Possiamo, al momento, ragionare soltanto per scenari. Se il rifinanziamento fosse il miliardo di cui si è parlato sarebbe inferiore all'1% del Fondo Sanitario Nazionale attuale, non solo sarebbe meno della metà di quanto richiesto dalle Regioni, ma sarebbe anche del tutto insufficiente per tenere il passo degli altri Paesi, allargando di conseguenza ancora la forbice verso di essi”. Nell'ultimo Def - ha detto - si fa “una scelta significativa (per qualche verso neo-costituzionale, se pensiamo agli articoli 81 e 97 della

nostra Costituzione) sottolineata e riassunta con un'affermazione importante ovvero l'eliminazione della povertà in questo Paese. Abbiamo però bisogno di comprendere quale quota dell'aumento del deficit sarà disponibile per l'offerta sanitaria, considerando oltretutto che quando si investe in sanità, visto il volume di azioni economico finanziarie di questo settore, si aumenta anche il Pil di questo Paese: ergo un aumento dell'investimento - ha precisato - in sanità non produce solo deficit e conseguentemente tanto meno produce aumento del rapporto deficit/Pil. D'altra parte, l'obiettivo dichiarato del governo è quello di perseguire tassi di crescita più elevati (peraltro necessari per sostenere macroeconomicamente la crescita del disavanzo). In tal caso, va detto che se il rifinanziamento della Sanità fosse inferiore al tasso di crescita del Pil, si genererebbe anche una diminuzione dell'incidenza della Sanità pubblica sul Pil, e questo non potrebbe che essere letto come un segnale di insufficiente impegno della politica per la Sanità”.

“Ora è il momento di rimboccarsi le maniche e mettersi subito al lavoro per il prossimo quadriennio”. Ha dichiarato Scotti dopo la sua rielezione alla guida della Fimmg. “Manterremo alta l'attenzione sulla prossima Legge di Bilancio, ribadendo la necessità di investire in salute”.

Nuovo esecutivo nazionale Fimmg

La squadra che insieme a Silvestro Scotti guiderà la Fimmg per i prossimi 4 anni

Componenti dell'Esecutivo Nazionale e Vice Segretari Pier Luigi Bartoletti, Nicola Calabrese, Fiorenzo Massimo Corti, Domenico Crisarà, Renzo Le Pera, Malek Mediati. Segretario del Segretario Alessandro Dabbene. Giacomo Caudo è stato eletto presidente mentre Stefano Zingoni nominato presidente onorario della Fimmg.

Proteste, confronti e dissensi sul riordino di accesso alla professione

Le rassicurazioni del Ministro della Salute e l'incontro con i sindacati hanno aperto una via di confronto, ma non sono bastati a sedare la discussione sulle misure straordinarie proposte dal dicastero della Salute per la Medicina Generale e l'accesso alla formazione dei Mmg. Toni duri dalla Fimmg e precisazioni sull'argomento da parte degli altri sindacati medici, dalla FNOMCeO e dalla Simg. Voce fuori dal coro quella Fp Cgil Medici che si schiera con il ministro della Salute

I giovani medici della Fimmg di recente hanno tenuto banco sui *social* per protestare contro la proposta del Ministero della Salute inerente al riordino delle norme d'accesso alla Medicina Generale (MG). La proposta inizialmente annunciata dal ministro **Giulia Grillo** e poi presentata dai tecnici del Ministero ai sindacati di categoria, si muove su due filoni. Il primo punto prevede la rimozione delle incompatibilità ai medici corsisti e, con il recepimento pieno della direttiva comunitaria, consentire a questi medici di formarsi e lavorare, avendo posti di lavoro fissi e certi, oggi coperti da medici non formati. Inoltre, viene previsto il riconoscimento e la valorizzazione del servizio prestato, consentendo ai medici che abbiano superato l'esame di ammissione alla Medicina Generale (gli idonei) di partecipare in sovrannumero senza borsa (potrebbe esserci un limite di spesa di 2 milioni di euro, che servono alle Regioni per organizzare la didattica dato che ogni corsista costa in media 1.500 euro) e, quindi, di formarsi fino a conseguire il titolo. Il secondo filone invece è quello relativo all'ingresso

dei medici che hanno fatto il concorso vincendolo e che potranno entrare senza borsa.

I toni più aspri contro questa proposta sono venuti dalla Fimmg, che non ha cambiato posizione neanche dopo l'incontro al ministero della Salute insieme agli altri sindacati di categoria per discutere proprio delle misure straordinarie per la MG e l'accesso alla formazione dei Mmg. Le dichiarazioni rilasciate a *Quotidiano Sanità* dal segretario nazionale Fimmg **Silvestro Scotti** al termine della riunione al ministero sono inequivocabili: "Il decreto è inaccettabile e non siamo disposti ad accettare questi meccanismi che hanno tutto il sapore di una sanatoria. Abbiamo apprezzato il comunicato del Ministro Grillo, che dimostra la volontà di ascoltare non solo quanto viene proposto dai suoi tecnici e per questo siamo disposti ancora a dialogare, ma ripeto la proposta che ci è stata fatta è inaccettabile".

► Più possibilisti Snam e Smi

Più possibilista lo Snam: "È ovvio che chi ha titolo non può venir scalcato da chi non ne è in possesso

- ha dichiarato **Angelo Testa**, presidente nazionale dello Snam - ma è altrettanto sacrosanto che chi ha maturato esperienza sul campo deve veder riconosciuto il giusto punteggio per poter concorrere. Troviamo la 'quadra' insieme nella comune consapevolezza che se evitiamo ulteriori esuberanti laddove sono già presenti e personalizziamo l'incremento di Medici dove già oggi c'è carenza, non 'offendendo' la meritocrazia, ma con pragmatismo attraverso percorsi trasparenti e progressivi, avremo vinto tutti insieme".

Smi chiede di abbassare i toni per evitare di aizzare guerre tra poveri, tra i medici in formazione e i precari che in questi anni sono stati relegati in questa situazione. "Serve unità e servono proposte - sottolinea Smi - ora, per sanare una ferita nella categoria e per dare un futuro ai più giovani. Sono necessarie iniziative complessive e strategiche come quelle avanzate da anni dallo Snam, e dalla Cumi-Aiss prima: contratto unico dei medici del Ssn (abbiamo anche il progetto pronto elaborato con i Giuslavoristi dell'università di Catania), accesso e ruolo unico e tempo pieno. Così riparte e si mo-

denizza la medicina generale senza lasciare indietro nessuno, senza medici di serie A e di serie B”.

► La Simg dice no

Il presidente della Simg **Claudio Cricelli** sottolinea che un'eventuale 'sanatoria', mortificherebbe i medici già formati, dequalificando la medicina territoriale e penalizzando i cittadini.

“Ci auguriamo, così come dichiarato dallo stesso Ministro della Salute Giulia Grillo, che la riunione con i sindacati abbia davvero permesso di 'mettere a fuoco' le problematiche della medicina del territorio. E pertanto permetta anche di intraprendere il giusto percorso per portarle a soluzione”. A dirlo è Claudio Cricelli, presidente all'indomani dell'incontro del ministro con i sindacati di giovedì 11 ottobre.

Per esempio, secondo Cricelli, la prospettata “sanatoria” che permetterebbe di inserire nelle cure primarie migliaia di medici non specializzati in quest'area “penalizzerebbe i giovani medici che con sacrificio hanno intrapreso l'iter specialistico della Medicina Generale. Con la conseguenza, tra l'altro, di dequalificare l'area della medicina territoriale”.

Il presidente Simg auspica quindi che “il ministro voglia ascoltare anche chi, come le Società scientifiche, ha per propria *mission* proprio la formazione, l'aggiornamento, la valorizzazione delle professionalità mediche e, nella fattispecie, la Società di medicina generale e delle cure primarie”.

► Le precisazioni della FNOMCeO

Sulla questione scende in campo anche la FNOMCeO che si dice aperta a soluzioni concorsuali al

problema dei precari, ma contraria alle sanatorie.

“Appreziamo l'idea del dialogo tra il Ministro della Salute e i sindacati medici - sottolinea il presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli** per affrontare e risolvere, tutti insieme e dalla stessa parte, il grave problema dei diritti negati dei medici. La soluzione, però, non può andare contro la Legge: diciamo no a sanatorie che escludano la procedura concorsuale, l'unica possibile per accedere nella Pubblica Amministrazione”.

“Il problema del precariato, soprattutto nel settore della Medicina Generale e in particolare della continuità assistenziale, è effettivamente grave - ammette Anelli - bene quindi trovare soluzioni, ad esempio riservando, sul modello della Legge Madia, alcuni posti ai precari in un concorso che garantisca a tutti imparzialità e uguaglianza nell'accesso e criteri meritocratici nella valutazione”. “Ciò che chiediamo al Ministro - continua - è che i provvedimenti che verranno messi in atto, e che non possono prescindere da un confronto vero e paritario con i sindacati di settore, non mortifichino in alcun modo le legittime aspettative dei giovani medici. Sarebbe un'ingiustizia inaccettabile per loro, che hanno studiato e si vedono negare il futuro, sarebbe una demotivazione per chi nel sistema deve ancora entrare, che andrebbe ad aggravare la prevista carenza di medici di medicina generale, trasformando un progetto di riforma nella cronaca della morte annunciata della Medicina Generale stessa”.

“Ribadiamo la nostra richiesta di un Tavolo ministeriale dedicato alla Medicina Generale, che coinvolga i medici nelle riforme che il Ministro ha in mente - conclude Anelli-. Sia-

mo convinti che tali riforme non possano che partire dalla formazione, che deve essere sempre più qualificata, anche attraverso l'acquisizione di un titolo specialistico accademico”.

► In linea con la proposta ministeriale

Chi invece si schiera nettamente a favore della proposta è la FP Cgil Medici e Dirigenti Sanitari. “Condividiamo le proposte del Ministro Grillo riguardo la stabilizzazione dei medici della Medicina Generale. Siamo sempre stati favorevoli a provvedimenti che prevedano il giusto riconoscimento - precisa **Andrea Filippi**, segretario nazionale della Funzione Pubblica Cgil Medici e Dirigenti Sanitari - e la valorizzazione dell'esperienza di quei professionisti che da anni garantiscono la continuità dei servizi nonostante la precarietà del rapporto di lavoro”.

“Il personale medico precario ha assicurato nel corso degli ultimi anni il mantenimento dei livelli di assistenza, in particolare della rete dell'emergenza e dell'urgenza territoriale, maturando competenze oggi indispensabili al servizio sanitario nazionale. Proprio per questo crediamo sia indispensabile mettere in campo quelle misure che, nel rispetto dei principi di meritocrazia, diano certezze ai medici precari attraverso procedure di stabilizzazione già applicate in altri ambiti del Ssn grazie alla Legge Madia”.

“La stabilizzazione - conclude Filippi - consentirebbe da una parte di guardare con più tranquillità al futuro del Ssn e dall'altra sarebbe il giusto riconoscimento per i medici che con impegno e professionalità garantiscono l'assistenza della cittadinanza”.

La formazione dei medici di famiglia va potenziata e riqualificata

È la richiesta espressa dal Coordinamento Wonca Italia in un lungo documento inviato al Ministro della Salute in cui sottolinea di ritenere preoccupante la proposta della riduzione della durata e/o della qualità e della specificità del percorso formativo in Medicina Generale perché contraria a tutte le indicazioni e le tendenze culturali e scientifiche europee

// La risposta delle istituzioni alla carenza di medici di famiglia deve consistere nel potenziamento e riqualificazione della formazione, non nel suo ridimensionamento". È questa la posizione espressa dal Coordinamento Wonca Italia in un lungo documento inviato al Ministro della Salute.

"Il medico di medicina generale di antica memoria, non può più esistere - afferma **Andrea Moser**, Presidente di Wonca Italia - . Il medico di medicina generale è un professionista qualificato, con specifiche competenze multidisciplinari, che opera all'interno delle Cure Primarie, garantendo un elevato standard nelle attività di promozione e prevenzione, diagnosi, cura, terapia, palliazione. Egli inoltre deve prendere in carico la multimorbilità e la complessità, risolvendo nel contempo le acuzie; deve avere un orientamento alla comunità e un approccio olistico alla persona".

"Da almeno 15 anni molte società scientifiche della Medicina Generale chiedono che il problema del ricambio generazionale

nella professione medica venga affrontato con un approccio di lungo periodo - sottolinea Moser - e una programmazione formativa efficace, che giungesse all'inquadramento della formazione del medico di famiglia nelle specializzazioni universitarie".

► L'appello

Wonca Italia ritiene preoccupante che di fronte alla prevista carenza di medici di famiglia si proponga la riduzione della durata e/o della qualità e della specificità del percorso formativo in medicina generale perché contrarie a tutte le indicazioni e le tendenze culturali e scientifiche europee. Quasi tutti i Paesi europei già da anni soffrono il problema della carenza di medici e nello specifico di medici di medicina generale, ma in nessuno di essi si è proposta la riduzione o ridimensionamento dei percorsi formativi dei medici o, peggio ancora, condoni e canali preferenziale per l'accesso alla medicina generale. Quasi ovunque in Europa si sta procedendo con una

programmazione su base pluriennale e una incentivazione non solo economica per collocare medici in aree isolate o depresse.

Le Cure Primarie vengono sempre più affidate a team multidisciplinari, integrando il settore sociale a quello sanitario, dedicando ai medici di medicina generale le risorse (spazi, tempo, strumenti) adeguate per gestire le malattie croniche in tutte le fasi della vita e avvicinando alle persone tecnologie e servizi innovativi.

► Cure Primarie di qualità

"In un momento di crisi si è chiamati a fare delle scelte - conclude Andrea Moser - auspichiamo che chi dovrà prendere delle decisioni colga l'opportunità per pensare a una riorganizzazione culturale e strutturale delle Cure Primarie affinché queste diventino anche in Italia più adeguate ai bisogni assistenziali, con elevati standard di accessibilità, continuità, completezza e coordinamento, come tutto il mondo scientifico e accademico si augura possa essere".

Training specialistico e insegnamento under graduate: lo stato dell'arte in Europa

► **Francesco Carelli** - EURACT Council Executive Board

Una breve storia di documenti chiave il cui scopo è quello di rafforzare la Disciplina Medicina di Famiglia in Europa. Un excursus dalla Dichiarazione di Alma Ata sulla Medicina di Famiglia attraverso Documenti, Statements che EURACT (*European Academy of Teachers in Family Medicine*) ha prodotto per rafforzare la Medicina di Famiglia in Europa, specialmente come training e insegnamento *under graduate*, specialistico, Educazione Medica continua e sviluppo professionale. La Dichiarazione di Alma Ata definì la salute come un completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente 'assenza di malattie o infermità' e stabilì anche che l'accesso ai servizi sanitari delle cure primarie era un diritto umano fondamentale. I medici devono considerare le interrelazioni fra salute e aspetti sociali, l'impatto della povertà, etnicità, ineguaglianze e la struttura del sistema di cure sanitarie in cui vivono e in cui lavorano.

► Le direttive europee

Dal 1993, una successione di direttive europee ha stabilito che vi debba essere un *training* specialistico per diventare Medico di Famiglia Europeo (della durata minima di 3 anni). Allo stesso modo, fin dal 1998, Oms e Wonca hanno stabilito che in ogni Università vi debba essere un Dipartimento di Medicina di Famiglia, gestito da medici di famiglia. A tale riguardo EURACT Basic Medical Committee ha pubblicato una mappatura della situazione europea che risulta essere a macchia di leopardo. C'è quindi la necessità di raggiungere il massimo di

omogeneità nella gestione e nei *curricula* didattici per ottenere lo stesso riconoscimento internazionale.

Con la *Wonca European Definition*, la Medicina di Famiglia viene riconosciuta come una disciplina specifica con il suo campo specifico per la didattica e la ricerca rispetto alle altre discipline, con 12 punti specifici e 6 competenze specifiche.

Con *EURACT Educational Agenda*, vengono indicate le metodologie per insegnare e apprendere quanto necessario per diventare un buon medico di famiglia. Da questo si crea il curriculum.

Oltre a *EURACT Statement on Selection of Teachers and Practices*, è stato prodotto anche *EURACT Statement on Assessment for learning in Specialty* con un approccio moderno dove, più che l'*assessment* sommativo, è l'*assessment* formativo in itinere, tappa per tappa, a svolgere un ruolo chiave continuo con una relazione continua fra tutor e tirocinante.

► Pietre miliari

Questi documenti sono pietre miliari per creare una posizione chiara, definita e omogenea del medico di famiglia, per creare i *curricula*, i contenuti, le metodologie, e possono essere utilizzati "in modo politico" "sui tavoli politici" quando appaiono differenti situazioni e problemi e a tal fine sono state create anche le *Political Statement Papers*.

Forti crisi e grandi difficoltà vengono segnalati nei sistemi di cure sanitarie di molti Paesi europei. Una fase prolungata di incertezze finanziarie e di tagli dei costi sono in primo piano e

proprio per questo va sottolineato di nuovo come la Medicina di Famiglia abbia un ruolo fondamentale nel preservare i servizi sanitari nazionali, con costi/benefici al top, purché vi siano medici di famiglia ben selezionati, ben preparati e ben supportati. Altri sistemi specialisti e frammentati non si sono rilevati efficienti ed efficaci. I migliori risultati, in termini economici e di efficacia, si sono ottenuti e si ottengono con investimenti nella Medicina di Famiglia piuttosto che in ogni altra branca del sistema sanitario.

► Pericoli e preoccupazioni

È in atto una divisione crescente delle cure fra differenti *providers*, che taglia la continuità medico di famiglia-paziente portando a maggiori costi e alla perdita del rapporto fiduciario.

Inoltre Euract Council, e ultimamente Wonca Europe, sono fortemente allarmati di come i regolamenti Europei a riguardo del *training under graduate* e quello specialistico in Medicina di Famiglia non vengano considerati o siano sottovalutati in alcuni Paesi europei, sia per la selezione di tutor e docenti e tirocinanti sia come riferimento di standard minimi nei *curricula* didattici.

Euract Statement on Family Medicine Undergraduate teaching in all European Universities ricorda anche di creare Dipartimenti di Medicina di Famiglia gestiti da medici di famiglia qualificati così come *Euract Minimal Core Curriculum*, ultimo arrivato *Standards in Specialist Training* e in preparazione *Standards in Undergraduate Teaching* completano un quadro di *papers* su cui ognuno in Europa potrebbe (anzi può) costruire la migliore Medicina di Famiglia possibile, ovviamente nelambito dei contesti nazionali.

• Articolo integrale pubblicato su rivista nazionale Ucraina di Medicina di Famiglia: СЕМЕЙНА МЕДИЦИНА 3 (77) 2018

I cambiamenti per la sanità nella manovra economica 2019

Abolizione graduale del numero chiuso a Medicina, stanziamento risorse per il rinnovo dei contratti sanitari, per combattere le liste d'attesa e per le spese farmaceutiche a carico delle Regioni. Queste alcune delle novità per il comparto sanitario contenute nel decreto fiscale e nel decreto semplificazione che fanno parte della manovra economica 2019 approvata di recente dal Consiglio dei Ministri

Decreto fiscale, decreto semplificazione, legge di bilancio 2019 delineano il quadro di cui è composta la manovra economica 2019 approvata di recente dal Consiglio dei Ministri.

Facendo riferimento a quanto è stato esplicitato nel comunicato stampa di Palazzo Chigi, il decreto semplificazione contiene le disposizioni urgenti per la deburocratizzazione, la tutela della salute, le politiche attive del lavoro e altre esigenze indifferibili (decreto-legge).

Per quanto concerne la tutela della salute il decreto elenca le disposizioni in materia di:

- transazioni con le aziende farmaceutiche per il ripiano della spesa farmaceutica;
- commissariamento delle Regioni in piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario (viene prevista l'incompatibilità della figura del commissario con qualsiasi altro incarico istituzionale presso la Regione);
- istituzione della Anagrafe nazionale vaccini, con l'obiettivo di monitorare i programmi vaccinali sul territorio;
- istituzione del fondo per la riduzione delle liste d'attesa.

► Legge di Bilancio

Secondo quanto contemplato dalla legge di Bilancio, il fondo stanziato per le regioni volto a ridurre le liste di attesa è di 50 milioni. "Inoltre, con l'istituzione del Centro Unico di Prenotazione - (CUP) - ha specificato la nota di Palazzo Chigi - digitale nazionale, si potrà monitorare quando effettivamente sono stati presi gli appuntamenti, in modo da evitare possibili episodi fraudolenti di indebito avanzamento nelle liste d'attesa".

Altri 284 milioni vengono stanziati per i rinnovi contrattuali di tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale e altri 505 milioni saranno attribuiti alle regioni per le spese farmaceutiche.

Si abolisce il numero chiuso nelle Facoltà di Medicina, "permettendo così a tutti di poter accedere agli studi".

Viene reintrodotta l'incompatibilità tra la carica di commissario alla Sanità e ogni incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento.

Abolizione numero chiuso: imbarazzi e puntualizzazioni

Un vero e proprio "giallo" ha innescato l'enunciazione nella legge di bilancio dell'abolizione del numero chiuso a Medicina. Il ministro dell'Istruzione, università e ricerca, **Marco Bussetti**, intervistato a 'caldo' ha dichiarato: "Voglio essere sincero, a me non risulta questa cosa. Farò le dovute verifiche". Poco dopo è arrivata la nota congiunta del Ministero dell'Istruzione, università e ricerca e del dicastero della Salute: "Si tratta di un percorso da iniziare già quest'anno per gradi. Per assicurare l'aumento dei posti disponibili e avviare un percorso condiviso, a breve sarà convocata una prima riunione con tutti i soggetti interessati". La presidenza del Consiglio ha poi precisato in un'altra nota stampa che si tratta di un obiettivo politico di medio periodo per il quale si avvierà un confronto tecnico con i ministeri competenti e la Conferenza dei Rettori delle università italiane, che potrà prevedere un percorso graduale di aumento dei posti disponibili, fino al superamento del numero chiuso.

Il Ssn compie quarant'anni, ma non ha un progetto chiaro sulle cure territoriali

Le cure territoriali, a 40 anni dall'istituzione del Ssn, evidenziano la loro stanchezza e la necessità di un nuovo preciso progetto. Quante volte in questi ultimi anni abbiamo sentito parlare di innovazione del sistema delle cure primarie e quasi sempre abbiamo assistito ad una serie di proclami che alla fine, dopo tanto chiasso, venivano abortiti prima della nascita

Alessandro Chiari - Centro Studi Programmazione Sanitaria, Smi Emilia Romagna

Da quando lavoro come medico ho vissuto una lunga serie di progetti, ora ispirati, se non copiati, soprattutto dal sistema spagnolo o da quello inglese, ma sempre con la caratteristica che cercavano di riprodurre esperienze che, se non dimostratesi fallimentari, erano, quantomeno, poco adatte alla realtà del nostro sistema sanitario. Al tempo stesso non si può negare che un sempre maggior numero di colleghi mostrino un vero e proprio disagio professionale che si manifesta attraverso atteggiamenti di disimpegno, delusione, sfiducia, disinteresse generalizzato. Questa tendenza ha condotto la categoria a perdere progressivamente ruoli professionali ed economici.

► Errore genera errore

La verità è che non si è fatto tesoro di queste esperienze "inadatte" e spesso fallimentari. La catena organizzativa ha risposto agli errori di programmazione con altri, nuovi, errori, portando ad progressiva dissoluzione assistenziale territoriale, all'implosione del Ssn, causata da una visione eccessivamente amministrativa della sanità, condivisa solo da pochi

eletti e condizionata da un pensiero pseudo riformista ormai rantolante. La lacerazione e frustrazione professionale subita dai Mmg, ha evidenziato le criticità di una programmazione che avrebbe dovuto difendere strenuamente il Ssn pubblico come un bene comune. Pensiamo alla legge Balduzzi che prometteva una riforma impossibile o al fiasco delle Case della Salute.

► Le Case della Speranza

Forse più che Case della Salute (Cds) ormai dovremmo parlare di Case della Speranza nel senso che chi ancora le realizza pensa più ad una contropartita che dia una visibilità politica, piuttosto che ad un'efficienza assistenziale. Ogni Regione e ogni Azienda sanitaria ha seguito una propria progettualità spesso generando derive organizzative nella differenziazione professionale e assistenziale sostenendo una disomogeneità territoriale della sanità pubblica, non riuscendo più a garantire valori di assistenza territoriale ubiquitari ed uniformi. Il medico è diventato un committente della spesa ed un amministratore di una pseudo appropriatezza prescrittiva dettata dalle esigenze

aziendali. Non è la CdS che crea il rapporto, ma il medico che vi opera, non conta la struttura, ma l'operatore. La struttura può migliorare l'accoglienza verso il cittadino, ma non può sostituire il professionista.

► Qual è la rotta?

Si è persa anche quella progettualità che poteva avere il medico stesso, inteso anche come imprenditore, che si è trovato ad affrontare un rischio d'impresa assolutamente non trascurabile. In un Ssn non dovrebbero nemmeno esistere gerarchie piramidali o decisioni non condivise, ma tutta la struttura dovrebbe operare in modo da coinvolgere tutte le figure professionali. Quello che meraviglia che da tutte queste menti astute, da cui propongono progetti, non viene mai considerato il merito personale. Ed è anche per questo che nessuno pare essere più disposto a mettersi in gioco, rischiando qualcosa, ma addirittura rimanendo al coperto, in una sorta di navigazione a vista, dove l'imperativo è quello di gestire il problema piuttosto che risolverlo (obiettivo sopravvivenza) perdendo contemporaneamente il senso della *vision* e della *mission*.

Un omaggio a Julian Tudor Hart ovvero il Mmg universale

Alla notizia della morte, avvenuta 1 luglio 2018, moltissimi sono stati gli articoli celebrativi apparsi sulle riviste mediche internazionali dedicati al suo vissuto di medico di famiglia che ha segnato l'evoluzione stessa della Medicina Generale. La RIVISTAQQ - La Qualità e Le Qualità in Medicina Generale - gli ha dedicato un numero speciale. Da questo numero proponiamo alcuni stralci dell'articolo di apertura firmato da Francesco Del Zotti
Direttore di Netaudit e medico di medicina generale di Verona

// Dedichiamo questo numero speciale a Julian Tudor Hart - spiega Del Zotti nell'articolo a sua firma sul numero speciale della RIVISTAQQ dedicato al collega - scomparso il 1 luglio 2018, nostra guida ispiratrice, che da decenni ci ha onorato della sua amicizia sino a farsi partecipe, assieme al prof Paul Wallace, del Comitato scientifico internazionale di questa rivista".
"Julian con la sua vita ci ha insegnato che non si riesce ad essere insieme un buon medico ed bravo epidemiologo senza una capacità di coinvolgersi, e di coinvolgere il singolo e la comunità. I pazienti non offrono collaborazione a complessi progetti di ricerca senza che esista non solo rispetto, ma anche una sorta di amore verso il proprio medico".
Poliedrico, originale, costante, meticoloso e indipendente sono gli aggettivi con cui Del Zotti descrive Tudor Hart. "Era stato ricercatore in epidemiologia sino a 35 anni, sotto la guida del grande Cochrane. Poi decise di imbarcarsi in una sfida: solgere insieme sia il lavoro di Mmg sia quello di epidemiologo". Una sfida da cui è uscito vincitore visto che rappresenta oggi

una vera e propria pietra miliare nella storia del pensiero della Medicina, soprattutto della Medicina Generale. E che le sfide fossero congeniali a Julian Tudor Hart lo testimonia il fatto di aver preferito esercitare la professione di Mmg in un piccolo villaggio di minatori del Galles a cui è stato accanto sostenendo la loro causa durante il famoso sciopero del 1984-1985.
"Julian Tudor Hart - conclude l'articolo firmato da Del Zotti - mi evoca il ricordo di uno dei fondatori della medicina moderna: Rudolf Wirchow. Lo scienziato tedesco, oltre ad essere stato un campione della ricerca medica, fu sempre impegnato politicamente e spesso antagonista del potere dominante. Si dedicò ad assistere tutti, indipendentemente dalle loro possibilità economiche. Secondo il noto storico della Medicina Sherwin B.

Nuland egli fu: *il principale esponente della tesi secondo la quale l'uomo è il prodotto della situazione in cui vive. Influenze ambientali, occupazione, ereditarietà e anche classe sociale svolgevano, per Wirchow, un ruolo determinante*". Seguendo poi le stesse parole di Wirchow: *"è necessaria la conoscenza scientifica delle molteplici e varie relazioni del singolo individuo pensante con il mondo in perenne cambiamento"*, Nuland conclude: *"secondo Wirchow l'uomo doveva essere studiato non solo al microscopio, ma anche con una visione macroscopica connessa alla visione universale della sua umanità"*.
"Sostituite la parola microscopio e macroscopico con le parole medico di medicina generale, medico della comunità, epidemiologia: così sarete introdotti al mondo di Julian Tudor Hart".

Al numero speciale della RIVISTAQQ dedicato a Julian Tudor Hart, che si può scaricare dal sito www.rivistaqq.it, hanno collaborato **Mario Baruchello**, medico di medicina generale di Vicenza membro del Comitato editoriale *RivistaQQ*, **Gianluigi Passerini**, medico di medicina generale di Sondrio e membro italiano di EQUIP e **Ferdinando Petrazzuoli** European General Practice Research Network - Executive Board & Educational Committee.

L'assistenza sanitaria penitenziaria tra norme e governo clinico

Dal 2008 sono le Aziende sanitarie a doversi occupare dell'assistenza sanitaria negli istituti di detenzione. A loro spetta anche il compito di disporre delle graduatorie aziendali attraverso cui conferire incarichi a medici mediante convenzione per la cura dei detenuti in carcere

Mauro Marin

Direttore Distretto Sanitario e Sanità Penitenziaria nel carcere di Pordenone - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito alle Aziende Sanitarie l'assistenza sanitaria penitenziaria disponendo che con graduatoria aziendale siano conferibili incarichi a medici mediante convenzione per la cura dei detenuti in carcere. I principi ispiratori sono la garanzia della tutela della salute dei detenuti ugualmente ai cittadini liberi nel rispetto della dignità umana, la riduzione del sovraffollamento delle carceri e l'obiettivo rieducativo dell'esecuzione penale finalizzato al recupero sociale, ai sensi dell'art.27 della Costituzione. In Italia vi sono 58.745 detenuti di cui 19.860 stranieri (dati al 17/7/2018 Ministero della Giustizia)

L'Ordinamento Penitenziario (OP) è normato dalla legge n.354/1975 con le sue disposizioni di attuazione in DPR n.230/2000, D.Lgs. n.230/1999 e DPR n.447/1988 e dalle modifiche introdotte con la legge n.103/2017. Il D.M. Giustizia 5 dicembre 2012 ha istituito la Carta dei diritti e doveri del detenuto. Il D.L. n.146 del 23/12/2013 ha istituito Il Garante Nazionale dei diritti dei detenuti (www.garantenazionaleprivatiliberta.it). Ai sensi dell'art. 11 della legge n. 354/1975 (OP), per esigenze di tutela della salute individuale e collettiva prevalente sui diritti del singolo individuo, sono previsti in carcere tre tipi di controlli sanitari, effettuabili indipendentemente dal consenso informato (legge n.

219/2017) dell'interessato recluso: la visita medica generale per i nuovi giunti all'atto d'ingresso in istituto per attivare un piano di cura personalizzato (art. 23 del DPR n. 230/2000) e integrata da un colloquio psicologico, la visita medica periodica, la sorveglianza sanitaria medica per i detenuti adibiti a mansioni lavorative (D.Lgs. n. 81/2008). La prima visita del nuovo giunto verifica anche la presenza di eventuali segni di maltrattamenti, a tutela del detenuto.

All'ingresso in carcere e durante la detenzione viene attivata "l'osservazione scientifica della personalità" del recluso per valutare e trattare le cause di disadattamento sociale ritenute alla base della condotta deviante, secondo l'art. 13 dell'OP e gli artt. 28 e 29 del DPR 230/2000. L'équipe di osservazione è composta da educatore, assistente sociale, personale di polizia penitenziaria e quando necessario da psicologo e psichiatra (art. 80 OP o dell'Azienda Sanitaria).

La detenzione, il distacco dalla propria quotidianità e famiglia, il futuro incerto per le conseguenze dei reati commessi possono indurre il detenuto a superare la soglia di adattamento alle difficoltà personali e ambientali manifestando una vulnerabilità critica da individuare precocemente attraverso il rilievo e la condivisione di indizi per riconoscere il rischio suicidario (*Frontiers in*

Psychiatry 2018; 9: 33 e 56), anche mediante specifiche check list (*Crisis* 2016; 37/5: 323-334) o nuovi algoritmi (*Nat Hum Behav* 2017; 1: 911-919).

► Rischio suicidario

La prevenzione del rischio suicidario è una priorità richiedente una presa in carico congiunta del recluso da parte di tutti gli operatori coinvolti nella cura e custodia, secondo protocolli condivisi tra Istituto Penitenziario e Azienda Sanitaria, conformi al Piano Nazionale per la Prevenzione del Suicidio in Carcere n.81/CU del 27 luglio 2017 e alle evidenze della letteratura scientifica (*Lancet Psychiatry* 2016; 3/7: 646-59; *Health Expect.* 2018; 21/1: 100-109).

Il medico penitenziario in caso di necessità ha il compito di proporre al direttore del carcere il trasferimento del detenuto presso l'infermeria del carcere se esistente o presso altro carcere con assistenza sanitaria sulle 24h adeguata al caso concreto o il ricovero ospedaliero in strutture idonee (art.11 OP). La proposta di ricovero deve essere fatta al magistrato dal direttore del carcere, accompagnata dall'estratto della cartella personale del detenuto e da un certificato medico che consenta di riconoscere le esigenze terapeutiche del soggetto. Il trasferimento in ospedale viene dispo-

sto con provvedimento del magistrato di sorveglianza. Nei casi di assoluta urgenza il trasferimento può avvenire direttamente in base all'autorizzazione del direttore del carcere, secondo l'art.17 del DPR n.230/2000 e art.11 OP. Sono garantiti gli interventi specialistici ambulatoriali necessari a giudizio del medico penitenziario con l'autorizzazione del direttore del carcere, mediante trasporto con scorta ai presidi sanitari pubblici di erogazione delle prestazioni.

La qualità della vita di un detenuto dipende dal programma delle attività rieducative offerte e dal livello dei rapporti tra detenuti e personale e con il mondo esterno. Con circolare n.0425948 del 21/12/2015 il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha indirizzato i comportamenti organizzativi del personale dal fine esclusivo di custodia e sicurezza allo sviluppo relazionale per una migliore conoscenza dei detenuti attraverso la "sorveglianza dinamica" con l'obiettivo di responsabilizzarli al loro recupero sociale e prevenire loro atti di autolesionismo e suicidi (Dispensa ISSP n.1/2013).

È utile assicurare un adeguato livello di formazione del personale sulle abilità di comunicazione interpersonale (*life skills*) con i detenuti e con tutte le figure professionali con diverso profilo operanti in struttura. È necessario comprendere e superare le difficoltà di funzionamento sociale determinanti i comportamenti trasgressivi, mantenere contatti costruttivi con la famiglia dei reclusi e la cooperazione col volontariato sociale, promuovere l'istruzione e la formazione professionale dei reclusi affinché alla dimissione siano capaci di guadagnarsi da vivere onestamente con il lavoro.

La legge 18 ottobre 2001 n. 3 di riforma del titolo V della Costituzione ha disposto la legislazione concorrente Stato-Regioni (art. 117 Cost.) che ha introdotto la competenza delle Regioni in sanità penitenziaria. L'art. 7 del DPCM 1 aprile

2008 ha attribuito alla Conferenza Stato-Regioni e Province autonome la determinazione di criteri di assegnazione di risorse finanziarie alle Regioni e la definizione dei rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e penitenziario. La sicurezza nelle carceri è competenza dell'Amministrazione penitenziaria per cui il personale sanitario è tenuto a rispettare il regolamento interno e le direttive del direttore del carcere.

► Misure alternative alla detenzione e certificazione medica

La normativa penitenziaria ha istituito misure alternative alla detenzione che prevedono forme equivalenti alla detenzione, ma differenti per le modalità e il regime di espiazione (Corte Costituzionale, sentenza n.149/2018).

La detenzione domiciliare è prevista dall'art. 47-ter OP per detenuti in stato di salute precario (art.275 c.p.p.), che richiedono misure adeguate per esigenze terapeutiche specifiche di persone con gravi malattie per cui il giudice riconosce l'opportunità di una misura alternativa al carcere.

Il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, con parere del 5 dicembre 2013 (Palmisano R), ha affermato la distinzione tra certificato medico di valutazione della compatibilità delle condizioni di salute del detenuto col regime carcerario (art. 299 comma 4-ter c.p.p.), secondo la procedura che richiede anche la nomina di un perito ex-art.220 c.p.p., e il certificato medico per il differimento della pena (art. 684 CC) secondo la procedura di cui agli artt. 146 e 147 del codice penale.

Oltre alle strutture carcerarie ed extra-carcerarie individuate dalla legge di ordinamento penitenziario (OP), le persone reclusi possono avvalersi di strumenti per differire temporaneamente l'esecuzione della pena, se ricorrono determinate condizioni di salute (artt. 146, 147 e 148 CP). Qualora dagli ac-

certamenti sanitari risulti che una persona detenuta si trovi in una delle condizioni previste dagli artt. 146 e 147 C.P., quali ipotesi di rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena, il medico propone al direttore del carcere di trasmettere gli atti alla magistratura di sorveglianza ai fini dell'adozione dei relativi provvedimenti.

Ai sensi dell'art. 684 c.p.p., il provvedimento di rinvio dell'esecuzione della pena viene concesso dal tribunale di sorveglianza, o dal magistrato di sorveglianza in caso di urgenza, per un tempo determinato, al termine del quale, se non sussistono i presupposti per una sua proroga, il pubblico ministero competente provvede ad emettere l'ordine di esecuzione della pena in forma detentiva.

Invece la detenzione agli arresti domiciliari per gravi condizioni di salute (art. 284 c.p.p.) costituisce un diverso modo meno severo di esecuzione della pena detentiva che comporta l'obbligo imposto al detenuto di non allontanarsi dal perimetro definito del luogo identificato di custodia, senza alcun onere gravante sull'amministrazione penitenziaria riguardo l'assistenza medica del detenuto. La legge 5 dicembre 2005, n. 251, prevede la detenzione domiciliare generica (comma 1-bis), applicabile per l'espiazione di pene detentive, indipendentemente dalla sussistenza delle condizioni gravi di salute, quando non ricorrano i presupposti per l'affidamento in prova ai servizi sociali, e sempre che tale misura risulti idonea a scongiurare il pericolo di recidiva da parte del detenuto e in assenza di pericolosità sociale attuale per affiliazione a terrorismo e criminalità organizzata (41-bis OP).

La sospensione dell'esecuzione penale su istanza dell'interessato è prevista per favorire il percorso riabilitativo dei detenuti tossicodipendenti da stupefacenti o alcool (art. 90 del DPR n.309/1990), così pure l'affidamento in prova a servizi sociali in casi particolari per la parteci-

pazione a programmi di recupero (art. 94 DPR 309/1990), previa certificazione dello stato abituale di tossicodipendenza secondo il D.M. 12 luglio 1990 n.186 e gli artt. 14 e 15 del DPR n.309/1990. Il criterio di scelta fra l'una e l'altra misura, dipende dalla valutazione del livello di affidabilità del condannato. Di norma si opta per la sospensione quando lo stesso risulta capace di gestione autonoma del programma di recupero, mentre si preferisce l'affidamento terapeutico quando è necessario il controllo da parte di operatori di una struttura. Il giudice può revocare la misura alternativa se dopo la sua concessione la persona ha commesso un reato per cui è previsto l'arresto in flagranza e per cui egli risulta imputato o sottoposto ad altra misura alternativa. In caso di trasgressione alle misure cautelare degli arresti domiciliari, l'art. 276 c.p.p. comma 1 ter, rende obbligatoria la revoca degli arresti domiciliari, seguita dal ripristino della custodia cautelare in carcere (Cass. Pen. Sez. V, Sent. n. 42017/2009).

► Medicina Penitenziaria

La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, S.I.M.S.Pe (www.sanita-penitenziaria.org) approfondisce le problematiche di cura delle malattie in carcere e le influenze psico-fisiche sulla salute del regime di detenzione. La popolazione dei detenuti comprende prevalentemente fasce d'età di giovani-adulti con le patologie ad essi correlate e con un tasso di morbilità più alto della popolazione esterna al carcere (*Am J Public Health* 2015; 105: 13-33).

► **Le malattie mentali** più comuni riscontrate riguardano gli Assi I e II secondo il DSM-5 in riferimento ai quali il servizio psichiatrico penitenziario può anche disporre misure di "sorveglianza": la grande sorveglianza che prevede un controllo visivo ogni 20 minuti, la grandissima sorveglianza ogni 10 minuti, op-

pure la sorveglianza continua a vista riservata ai detenuti valutati ad alto rischio suicidario. L'uso di telecamera può consentire un controllo visivo percepito meno intrusivo, ma rimane discussa l'utilità reale della mera sorveglianza rispetto all'efficacia di una attiva presa in carico professionale ai fini riabilitativi.

Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) raccomandato per i detenuti con disturbo mentale è disponibile online al sito: www.rivistadipsichiatria.it in linea con l'allegato A al DPCM 1 aprile 2008.

► **Il trattamento delle tossicodipendenze** richiede l'uso di protocolli specifici (<http://old.iss.it/binary/drog4/cont/trattamenti.pdf>) e comporta la prescrizione e custodia di farmaci regolamentata dal DPR n.309/1990 che prevede all'art. 60 la tenuta di un registro di carico e scarico dei farmaci stupefacenti vidimato dal direttore sanitario o suo delegato, numerato e firmato dal medico responsabile di struttura. La conservazione del registro è responsabilità del coordinatore infermieristico, mentre il medico curante prescrittore è responsabile dell'effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella reale dei farmaci stupefacenti.

► **La diagnosi di malattie infettive** può richiedere misure igienico-sanitarie di prevenzione del contagio quali l'isola-

mento da eseguirsi nei locali dell'infermeria del carcere o in un reparto clinico ospedaliero per periodi variabili a seconda dell'agente eziologico (circolare Min Sanità n.4 del 13 marzo 1998). Il medico deve fare il possibile per tutelare la vita e la salute dei detenuti da rischi prevedibili ed evitabili ma anche vigilare su eventuali simulazioni di patologie o aggravamenti di patologie esistenti che siano finalizzati solo ad ottenere senza necessità benefici non dovuti (Circolare D.A.P. n.3258/5708 del 28 dicembre 1988).

Compete al medico penitenziario il rilascio di certificazioni sanitarie e valutazioni medico legali, quando vi sia una vincolante richiesta da parte di un'autorità competente, la tenuta diligente della cartella clinica (Cassazione civile, sez. III, ordinanza 23/03/2018 n. 7250) e in particolare del foglio unico di terapia (FUT) che deve essere compilato in modo chiaramente leggibile ed esauriente (Raccomandazione Ministeriale Sanità n. 7, marzo 2008 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica). Secondo il Garante della Privacy l'assistito ha diritto all'accesso ai suoi dati sanitari che pertanto devono essere annotati con scrittura decifrabile e comprensibile (Provvedimenti Garante Privacy 30/09/2002 e 26/03/2001).

Informatizzare i dati clinici

Per una migliore organizzazione dell'assistenza sanitaria in carcere è utile disporre di programmi informatici di gestione dei dati delle cartelle cliniche, come previsto dalla convenzione tra Ministero di Giustizia e FederSanità-ANCI e tenendo conto dell'esperienza dei programmi gestionali dotati di funzione avanzata di prescrizione e terapia assistita in uso negli ambulatori di medicina generale (<https://www.millewin.it/>) che consentono la registrazione e la prescrizione dematerializzata e assistita di farmaci ed esami nel rispetto della normativa sulla privacy (D.Lgs 196/2003) e dei criteri di sicurezza di attività sanitarie e dei locali ad uso ambulatorio (D.Lgs 81/2008). Eventuali reazioni avverse ai farmaci prescritti devono essere segnalate all'ufficio farmaceutico aziendale su apposita modulistica cartacea o online (<https://www.vigifarmaco.it/>). Infine, l'attivazione di programmi di telemedicina (refertazione a distanza di ECG, immagini dermatologiche teletrasmesse allo specialista) e di valutazioni specialistiche in carcere può migliorare l'offerta interna di servizi e ridurre gli oneri del trasporto dei detenuti con scorte in strutture sanitarie esterne.

AGGIORNAMENTI



■ **CHIRURGIA**

Appendicectomia vs terapia antibiotica a confronto

■ **DIABETOLOGIA**

Prevenzione, l'arma vincente contro il diabete di tipo 2

■ **ENDOCRINOLOGIA**

Noduli tiroidei: come evitare il rischio di sovratrattamenti

■ **FARMACOLOGIA**

Opportunità offerte dai farmaci biosimilari

■ **MEDICINA INTERNA**

Quando l'ipokaliemia è dovuta a eccessiva attività mineralcorticoide

■ **PATOLOGIE DELLA SCHIENA**

Gestione della lombalgia nel setting delle cure primarie

■ **PREVENZIONE**

Previsioni sulla prossima stagione influenzale

■ **VIROLOGIA**

Chikungunya e somiglianze con l'artrite reumatoide

■ CHIRURGIA

Appendicectomia vs terapia antibiotica a confronto

È fattibile un trattamento antibiotico conservativo da solo come alternativa alla chirurgia nei casi di appendicite acuta (AA) non complicata? Negli ultimi anni diversi studi clinici ne hanno suggerito la fattibilità, ma il limite era un follow-up dei pazienti sottoposti a trattamento antibiotico relativamente breve e incompleto e dunque i risultati difficilmente potevano tradursi nella real life.

In questo contesto è stato condotto un nuovo studio per determinare il tasso di recidiva tardiva dell'appendicite dopo antibiotico terapia (follow-up di 5 anni) per il trattamento dell'appendicite acuta non complicata. Il trial suggerisce di prendere in considerazione la terapia farmacologica come una opzione per alcuni pazienti, per la possibilità che una AA non complicata può non essere un'emergenza chirurgica. "Anche se i pazienti possono essere preoccupati per la necessità finale di un intervento chirurgico dal punto di vista dei risultati di salute, il trattamento non chirurgico in una appendicite non complicata prima di procedere con la chirurgia è un'opzione ragionevole" - annota Paulina Salminen, chirurgo presso l'Università di Turku in Finlandia e autore principale del nuovo studio.

► Lo studio

La sperimentazione clinica è stata condotta nell'arco di cinque anni in 530 pazienti di entrambi i sessi di età compresa tra 18 e 60 anni (età media 33 anni) con appendicite acuta semplice confermata da TAC e ha messo a confronto l'appendicectomia (n=273) vs terapia antibiotica (n=257) (tre giorni per via ev con ertapenem, seguita da una terapia orale per sette giorni).

L'analisi si è concentrata sulla valutazione dei risultati a 5 anni per il gruppo di pazienti trattati con il solo antibiotico. Circa il 60% dei pazienti con appendicite acuta non complicata che ha ricevuto antibiotici invece di un intervento chirurgico immediato non ha avuto una recidiva nei successivi 5 anni. Tra i pazienti con recidiva, la maggior parte è avvenuta entro 1 anno e ha subito un intervento chirurgico (27% entro 1 anno e 12% nei successivi 4 anni), che non ha avuto esiti avversi correlati al ritardo dell'intervento.

Anche un editoriale di accompagnamento allo studio sottolinea che uno dei risultati più importanti di questo studio è che i pazienti nel gruppo di antibiotici che alla fine necessitavano di un intervento chi-

rurgico non hanno avuto complicazioni maggiori a causa del ritardo dell'intervento chirurgico.

► La realtà italiana

L'appendicite acuta è la diagnosi chirurgica più comune nei pazienti giovani, con una prevalenza di circa il 7%. Il dibattito delle comunità scientifica si concentra sul fatto che la AA non complicata necessiti o meno di intervento chirurgico. Un gruppo di studio italiano ha condotto una metanalisi per valutare le prove attuali sul trattamento antibiotico per AA non complicato rispetto al trattamento chirurgico standard.

Lo studio segnala che con un'efficacia significativamente maggiore e bassi tassi di complicanze, l'appendicectomia rimane il trattamento più efficace. Gli autori concludono che i sottogruppi di pazienti con appendicite acuta non complicata in cui gli antibiotici possono essere più efficaci dovrebbero essere identificati con precisione. Il confronto è dunque ancora aperto.

Bibliografia

- Salminen P et al. Five-year follow-up of antibiotic therapy for uncomplicated acute appendicitis in the APPAC randomized clinical trial. *JAMA* 2018; 320: 1259-65.
- Podda M et al. Antibiotics-first strategy for uncomplicated acute appendicitis in adults is associated with increased rates of peritonitis at surgery. A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials comparing appendectomy and non-operative management with antibiotics. *Surgeon* 2017; 15: 303-14.

■ DIABETOLOGIA

Prevenzione, l'arma vincente contro il diabete di tipo 2

Accanto alla presentazione ufficiale della nuova edizione delle linee guida delle due principali società scientifiche internazionali di diabetologia (l'americana ADA e l'europea EASD) il recente congresso dell'European Association for the Study of Diabetes di Berlino (1-5 ottobre 2018) ha riservato ampio spazio di discussione al tema della prevenzione di questa insidiosa malattia.

“È arrivato il momento di cambiare registro e di promuovere un deciso cambio di marcia contro il DMT2, malattia potenzialmente molto grave che può essere tuttora efficacemente prevenuta, come tanti studi *'proof of concept'* hanno ormai dimostrato” - ha dichiarato il Prof. **Francesco Purrello** - Presidente Società Italiana di Diabetologia (SID) e ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Catania.

Una serie di evidenze - ricorda Purrello - dimostra che è possibile prevenire o almeno ritardare la comparsa del diabete tipo 2 in soggetti ad alto rischio di malattia. Ciò è stato ottenuto con interventi coordinati su riduzione del peso corporeo e aumento dell'attività fisica. I risultati di questi studi hanno inoltre

dimostrato che questi interventi sullo stile di vita non sono fugaci ma, al contrario, la riduzione del rischio di sviluppare DMT2 si mantiene nel tempo, al contrario di quanto avviene quando la prevenzione viene effettuata solo con interventi farmacologici, i cui effetti, comunque minori rispetto a quanto ottenuto con dieta ed attività fisica, si perdono al momento dell'interruzione della terapia”.

La ricerca scientifica nel frattempo si sta muovendo in diverse direzioni per cercare di individuare quali marcatori genetici o biologici possano essere utilizzati per individuare con maggiore precisione i soggetti ad alto rischio di sviluppare il diabete e su di loro concentrare gli interventi di prevenzione.

► La sfida: trasferire le evidenze in pratica clinica

“La buona notizia è che gli studi scientifici hanno dimostrato che è possibile prevenire efficacemente il DMT2, ma adesso la vera sfida è quella di trasferire le evidenze scientifiche nella pratica clinica. La posta in gioco è enorme. Il diabete tipo 2 è una malattia con gravi conseguenze in termini di qualità di vi-

ta e di mortalità ed è anche molto costosa in termini di costi diretti e indiretti. È dunque un dovere della comunità scientifica, delle autorità sanitarie ma anche di ogni medico mettere in campo delle misure coordinate e continuative per invertire la tendenza attuale, che ci vede assistere impotenti all'avanzare di questa pandemia. Dobbiamo innanzitutto combattere questo atteggiamento rassegnato perché le battaglie non si possono vincere con un esercito demotivato. Ognuno di noi deve diventare ambasciatore della prevenzione, del vivere sano. È necessario anche combattere la *fake news* sul diabete visto come condizione benigna; niente di più falso. In sintesi dovremmo creare più consapevolezza.

In questo scenario il ruolo del medico di medicina generale è cruciale: attraverso gli strumenti che ha a disposizione può individuare i soggetti a rischio di progressione verso la malattia. È auspicabile un percorso condiviso attraverso la stretta collaborazione Mmg-Centro di Diabetologia. Insieme paziente (individuo a rischio) - Mmg - diabetologo sono il potenziale per ridurre il rischio di diabete - conclude il Prof. Purrello.



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

■ ENDOCRINOLOGIA

Noduli tiroidei: come evitare il rischio di sovratrattamenti

Secondo l'ultimo rapporto Airtum nel 2017 ci sono state oltre 15.000 nuove diagnosi di tumore alla tiroide e si prevede che diventerà il secondo tumore più frequente nelle donne entro il 2020. Il tumore alla tiroide, seppur raro, è il tumore endocrino più frequente e riguarda circa il 5% dei noduli tiroidei, che invece sono molto comuni con una prevalenza di quasi il 50% della popolazione. Questo aumento nel numero di diagnosi, non associato a un aumento della mortalità, sembra essere associato alla sempre maggiore frequenza degli screening e alla maggiore accuratezza degli esami che permettono di scoprire i tumori di piccole dimensioni, non ancora palpabili. Questo scenario fa comprendere l'importanza di una maggiore appropriatezza delle strategie diagnostiche e terapeutiche per evitare i rischi di sovra-trattamento.

Su queste basi sei società scientifiche italiane* hanno redatto nuove linee guida per la gestione ottimale dei noduli alla tiroide - sia benigni sia maligni - basate sulla propria consolidata esperienza, considerando la particolare situazione italiana, sia in termini di organizzazione del Ssn che in termini di epidemiologia (*J Endocrinol Investigation* 2018, 41: 849-76).

▶ Interventi conservativi

“L'esigenza di un documento unitario e condiviso - spiega Rinaldo Guglielmi, Past President AME, Associazione Medici Endocrinologi - è condivisa da tutte le società scientifiche date le incertezze operative che derivano dalle numerose linee guida internazionali. Visto il carattere epidemico della malattia nodulare della tiroide nel nostro Paese, il documento permette di individuare i soggetti che meritano una maggiore attenzione diagnostica ed evitare di sottoporre inutilmente ad indagini invasive la maggior parte dei pazienti con noduli che non presentano elementi di preoccupazione, senza trascurare quella minoranza di soggetti che merita maggiore attenzione, presentando ad esempio noduli di dimensione maggiore, micro-calcificazioni e margini irregolari. Oltre a identificare le condizioni e le caratteristiche che meritano maggiori approfondimenti diagnostici, sono stati analizzati anche gli approcci terapeutici più appropriati. Per esempio, nel documento si raccomanda di procedere con interventi chirurgici meno estensivi ed invasivi, confermando la nuova tendenza a prediligere interventi conservativi. Tale approccio permette di ridurre il fabbisogno di terapia sostitutiva e si associa

ad una minore insorgenza di complicanze metaboliche e anatomiche. Inoltre, in assenza di caratteristiche allarmanti, si evita l'intervento quando l'analisi tra i costi e benefici per il paziente non è vantaggiosa, come nel caso di soggetti con malattie concomitanti e quindi ad alto rischio”.

▶ Centralità del paziente

Un ulteriore elemento che emerge dal documento è l'importanza della comunicazione tra medico e paziente, sottolineando l'importanza di informare correttamente il paziente circa le procedure a cui dovrà sottoporsi e alle possibili alternative, mettendo in evidenza i vantaggi ma anche le possibili complicazioni.

Una diagnosi di tumore tiroideo è spesso associata a una crisi emotiva che, se non supportata dall'aiuto di professionisti, può protrarsi nel tempo. Alla base di questo impatto psicologico ci sono principalmente l'incertezza della prognosi, lo scarso supporto psicologico, l'impatto sulle attività lavorative e i possibili effetti collaterali dei trattamenti. Di grande significato è anche l'identificazione che le linee guida fanno dei soggetti più a rischio che permette di non creare inutili allarmismi nelle persone, fortunatamente la maggior parte, che hanno noduli che non richiedono un intervento.

*Associazione Italiana della Tiroide (AIT), Associazione Medici Endocrinologi (AME), Società Italiana di Endocrinologia (SIE), Associazione Italiana Medici Nucleari (AIMN), Società Italiana Unitaria di Endocrino Chirurgia (SIUEC), Società di Anatomia Patologica e di Diagnostica Citologica (SIAPEC).

■ FARMACOLOGIA

Opportunità offerte dai farmaci biosimilari

Oggi si profila una grande opportunità: mettere a disposizione di un numero maggiore di pazienti farmaci innovativi a costi sostenibili per la sanità pubblica. A rendere possibile questa prospettiva sono i farmaci biosimilari, farmaci biotecnologici disponibili a un prezzo significativamente inferiore dopo la scadenza del brevetto del farmaco di riferimento. Entro il 2020 si renderanno disponibili i biosimilari di 12 farmaci biotech che assicurano il trattamento di patologie importanti. Ma quanto sono informati e consapevoli gli italiani di questa opportunità? Una survey condotta da Astra Ricerche su un campione di mille persone (età 18-65 anni) e presentata nell'ambito del Corso "Il valore dell'informazione sui farmaci biosimilari, tra innovazione e sostenibilità", svoltosi a Roma con il supporto di Amgen segnala che il livello di informazione sui farmaci biosimilari non è elevato: solo un intervistato su cinque pensa di conoscerli e la padronanza dell'argomento è spesso debole e non qualificata. La fiducia nel medico, oltre che nella verifica delle Autorità regolatorie, sostiene l'apertura di credito verso i biosimilari che vengono sintetizzati a partire da organismi viventi, e sono sviluppati per essere altamente

simili al medicinale biotecnologico già autorizzato, con lievi differenze nelle componenti clinicamente inattive. Proprio la derivazione di questi farmaci da organismi viventi con le caratteristiche di unicità correlate ai sistemi viventi utilizzati per produrli è alla base della complessità del processo di produzione dei biosimilari.

"I biosimilari devono obbligatoriamente dimostrare di possedere la stessa efficacia terapeutica e sicurezza clinica dei loro originatori, e a questo scopo vengono condotti specifici studi clinici su pazienti", ha sottolineato **Pierluigi Navarra**, Direttore Istituto di Farmacologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma. "Questi dati clinici vanno a completare il dossier registrativo del biosimilare, che riceve un vaglio molto severo da parte delle principali Agenzie regolatorie mondiali".

Nel marzo 2108 AIFA ha rilasciato un secondo position paper sul tema affermando il principio dell'intercambiabilità tra i biosimilari e i gli originatori, lasciando al medico la scelta se prescrivere il biosimilare o il biotecnologico corrispondente, ferma restando l'esigenza di un utilizzo appropriato delle risorse e di una corretta informazione del paziente.

Inoltre una recente analisi (Mennini,

Cicchetti et al., 2017) ha cercato di quantificare l'impatto economico che 8 biosimilari, impiegati per la cura dei tumori, del diabete e delle malattie infiammatorie croniche immuno-mediate, avranno sulla spesa sanitaria nazionale tra il 2014 e il 2020. Al termine del 2020 i risparmi stimati cumulati saranno tra i 750 e gli 800 milioni di euro. Risparmi che potrebbero essere ancor più consistenti, considerando anche i nuovi biosimilari arriveranno a breve. Uno dei più recenti biosimilari a essere reso disponibile è quello di trastuzumab, il farmaco che ha rivoluzionato il trattamento del tumore mammario. "I biosimilari terapeutici sono una novità molto positiva in oncologia per le potenziali ripercussioni sulla sostenibilità dei trattamenti e per la conseguente possibilità di destinare le risorse liberate a trattamenti innovativi", ha dichiarato **Michelino de Laurentiis**, Direttore UOC Oncologia Senologica dell'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli. "Dal punto di vista prescrittivo e clinico, la figura centrale è quella del medico, che privilegia l'uso di farmaci sostenuti da studi scientifici solidi e non basa le sue scelte solo sugli aspetti economici, ma perché crede al farmaco ed è questo il messaggio che deve arrivare ai pazienti".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Michelino de Laurentiis

■ MEDICINA INTERNA

Quando l'ipokaliemia è dovuta a eccessiva attività mineralcorticoide

L'ipokaliemia è un disturbo elettrolitico non così raro: secondo alcuni dati, in una popolazione ambulatoriale sottoposta a test di laboratorio, la si può rilevare, a livelli lievi, in circa il 14% delle persone¹. Questo aspetto può essere clinicamente rilevante, considerato che uno studio osservazionale recente ha mostrato come in un gruppo di soggetti ipokaliemici, proprio la forma lieve (potassio plasmatico medio 3.5 mmol/l) sia associata a un aumento della pressione sistolica, a un maggiore rischio di ictus e a un incremento dell'utilizzo di diuretici, rispetto al gruppo normokaliemico. Il sottogruppo con potassio più basso, <3.4 mmol/l, ha mostrato un raddoppiato rischio di ictus (HR 2.10) e un aumento di mortalità (HR 1.32)².

Le cause dell'ipokaliemia, com'è noto, possono essere diverse, da una diminuita assunzione di potassio a eccessive perdite gastrointestinali.

Tra le cause di ipokaliemia, un certo ruolo è svolto anche dalle eccessive perdite renali di K⁺, che potrebbero essere legate al ricorso a farmaci diuretici, disordini renali e sindromi genetiche che coinvol-

gono la funzione renale, ma anche a disordini nell'attività mineralcorticoide^{1,3} (Box).

► **Correzione dell'ipokaliemia**

Le opzioni per ripristinare l'equilibrio idrosalino dell'organismo in seguito a condizioni di deficit di potassio sono diverse, ma è importante scegliere quella che meglio si adatta alla situazione. Potassion® è indicato per compensare condizioni di ipokaliemia⁴, che possono essere associate anche a eccessiva attività mineralcorticoide.

Composto da 5 diversi sali di potassio (succinato, citrato, malato, tartrato, bicarbonato), scelti perché i meno gastrolesivi e quindi meglio tollerati dopo assunzione orale⁴, è disponibile in bustine monodose, che ne facilitano l'assunzione in qualsiasi situazione clinica e/o giornaliera, al punto da poter essere prescritto anche nella popolazione pediatrica⁴. Il granulato contenuto nelle bustine può essere assunto senza acqua e masticato poco per volta oppure sciolto in poca acqua, sempre al termine dei pasti⁴. Dopo l'assunzione, i sali di potassio contenuti sono totalmente disponibili per l'organismo⁴.

Perdite di potassio da eccessivo effetto mineralcorticoide

Eccesso di steroidi surrenalici dovuto a:

- sindrome di Cushing
- iperaldosteronismo primitivo
- tumori renino-secernenti
- iperaldosteronismo sensibile ai glucocorticoidi
- iperplasia surrenalica congenita

Ingestione di sostanze come la glicirrizina

Sindrome di Bartter: malattia genetica rara caratterizzata da una marcata perdita renale di K⁺ e Na⁺, da un'eccessiva produzione di renina e aldosterone e normotensione. Causata da mutazioni del meccanismo di trasporto ionico sensibile ai diuretici dell'ansa, nell'ansa di Henle

Sindrome di Gitelman: malattia genetica rara caratterizzata da una marcata perdita renale di K⁺ e Na⁺, da un'eccessiva produzione di renina e aldosterone e normotensione. Causata da mutazioni che determinano una perdita di funzione in un meccanismo di trasporto ionico nel nefrone distale

Sindrome di Liddle: rara malattia autosomica dominante caratterizzata da ipertensione grave e ipokaliemia

Bibliografia

1. Kardalas E, et al. *Endocr Connect* 2018; 7: R135-46.
2. Mattsson N, et al. *Am J Med* 2018; 131: 318.e9-318.e19
3. www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-endocrine-e-metaboliche/squilibri-elettrolitici/ipokaliemia
4. Potassion. Riassunto delle caratteristiche del prodotto



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

■ PATOLOGIE DELLA SCHIENA

Gestione della lombalgia nel setting delle cure primarie

Secundo il Global Burden of Disease la lombalgia (low back pain - LBP) non specifica è la principale causa globale degli anni vissuti con disabilità.

La sua incidenza nel corso della vita è del 58-84%; l'11% degli uomini e il 16% delle donne presentano lombalgia cronica. Oltre il 30% dei pazienti con sciatalgia presenta sintomi clinicamente significativi ad un anno dall'insorgenza. Il 7% dei consulti dei Mmg è riferibile alla lombalgia, che ogni anno determina la perdita di 4.1 milioni di giornate lavorative. Nell'ultimo decennio la ricerca ha supportato alcuni importanti cambiamenti nella gestione della LBP. Un recente articolo ha valutato le più recenti linee guida (LG) pubblicate (Regno Unito, Danimarca, Belgio, Stati Uniti), per fornire un aggiornamento sulla gestione di LBP non specifica nelle cure primarie.

► Classificazione e diagnosi

Le LG confermano l'utilizzo della valutazione clinica per triage. L'approfondimento diagnostico è suggerito per pazienti con sospetta patologia di origine extraspinale: dissezione aortica o renale, deficit neurologici (radiocolopatia, stenosi del canale spinale, sindrome della cauda equina), grave

patologia spinale (tumore, infezione, frattura), spondiloartrite. Viene scoraggiato l'uso dell'imaging di routine nei casi di LBP non specifica.

Due sono gli approcci per guidare la sua gestione. Quello tradizionale (raccomandato dalle LG danesi e statunitensi) stratifica i pazienti sulla base della durata della sintomatologia: acuta (<6 settimane), subacuta (tra 6 e 12 settimane), cronica (>12 settimane) quindi suggerisce di utilizzare un approccio graduale, iniziando con terapie semplici per poi progredire verso trattamenti più complessi, nel caso non vi siano miglioramenti. Un approccio più recente suggerito dal NICE e dalle linee guida belghe prevede l'uso di semplici strumenti prognostici validati e in relazione alla stratificazione del rischio, considerare un supporto semplice e meno intensivo per i pazienti che potrebbero migliorare rapidamente e avere un esito favorevole o un supporto complesso e intensivo per i pazienti con un rischio più elevato di esito sfavorevole.

► Messaggi chiave

Poiché molti pazienti con LBP non specifica a basso rischio migliorano nel tempo indipendentemente dal trattamento, viene raccomandato un trat-

tamento minimo di prima linea (consulenza, assicurazione e autogestione) e un follow-up a 1-2 settimane.

Se i pazienti necessitano di cure di seconda linea i trattamenti non farmacologici (terapie fisiche e psicologiche) devono essere prescritti prima delle terapie farmacologiche, in questo caso devono essere utilizzate alla dose efficace più bassa e per il più breve periodo di tempo possibile.

Per i pazienti con LBP cronica sono raccomandati esercizio e/o terapia comportamentale cognitiva, con trattamento multidisciplinare per presentazioni più complesse.

► Realtà italiana

Queste raccomandazioni sono in linea con quanto sottoscritto in Italia dalla Simg e da Slow Medicine: "la lombalgia è nella maggior parte dei casi benigna e a risoluzione spontanea. L'anamnesi e l'esame obiettivo, anche con ricerca di segni neurologici, permettono di escludere situazioni cliniche gravi. In tali casi le tecniche di imaging sono inappropriate, almeno per le prime 6 settimane, poiché non modificano l'approccio terapeutico. Inoltre il riscontro di reperti incidentali induce ansia e ricorso ad ulteriori inutili esami, espone a radiazioni ionizzanti e rappresenta un costo ingiustificato per la collettività".

Bibliografia

- Almeida M et al. Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. *Med J Aust* 2018; 208: 272-75.
- Cartabellotta A et al. Evidence 2017; 9 (4): e1000165 doi: 10.4470/E1000165
- www.slowmedicine.it

■ PREVENZIONE

Previsioni sulla prossima stagione influenzale

Con l'avvicinarsi dell'inverno, si avvicina la cosiddetta stagione influenzale e come ogni anno è possibile fare delle stime su quello che ci aspetta. "Le previsioni - spiega **Fabrizio Pregliasco**, del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi di Milano e Direttore Sanitario dell'IRCCS Galeazzi di Milano - ad oggi ci fanno pensare a 5 milioni di casi e quindi a una stagione di intensità media; questo, rispetto alle caratteristiche dei virus e soprattutto a quanto è successo nell'altro emisfero, in Australia e Nuova Zelanda, dove la stagione è stata molto bassa". In realtà - continua Pregliasco "anche l'anno scorso avevamo cominciato con questo tipo di previsione, poi siamo arrivati alla peggiore stagione degli ultimi 15 anni. Questo è dovuto a questioni che si sono sovrapposte".

► Quali virus arriveranno?

E veniamo a quest'anno. La prossima stagione influenzale dovrebbe contemplare un virus H1N1 A/Michigan, già presente negli scorsi anni, un H3N2 Singapore e due varianti: la più probabile B/Colorado (Victoria) e forse il B/Phuket (Yamagata). Almeno sulla carta - aggiunge il Prof.

Pregliasco - "ad oggi possiamo dire che non avremo delle situazioni così pesanti. Anche se già in questo periodo sta crescendo il numero delle sindromi simil-influenzali grazie a questo tempo molto 'ballerino' che facilita la diffusione di questi virus. Mentre invece, dobbiamo ricordarlo, la vera influenza si avvantaggia di temperature basse che permangono per più giorni, quindi il momento effettivo di scoppio della stagione è quello che va da Natale in poi".

Si considera "vera influenza" solo una situazione in cui siano presenti tre condizioni contemporaneamente: febbre elevata (>38°) a insorgenza brusca, sintomi sistemici come dolori muscolari/articolari e sintomi respiratori come tosse, naso che cola, congestione/secrezione nasale o mal di gola. In tutti gli altri casi si tratta solitamente di infezioni respiratorie acute o sindromi parainfluenzali.

In questo contesto la vaccinazione può essere importante, soprattutto per le persone anziane.

► Gli italiani e l'influenza

Secondo un'indagine condotta da Human Highway per conto di Federchimica - Assosalute del settembre 2018, gli italiani si affidano al buon-

senso nel prevenire e affrontare l'influenza: si coprono bene, evitano gli sbalzi di temperatura, e si lavano spesso le mani. Quando i sintomi insorgono, i farmaci di automedicazione risultano essere per il 58.5% il rimedio più utilizzato, ma ben il 20.7% dichiara di usare gli antibiotici. Se improprio, l'uso di questi farmaci può rivelarsi addirittura dannoso, per la possibilità di determinare un'alterazione della flora batterica delle prime vie respiratorie, con possibilità di favorire una superinfezione da parte di un microrganismo resistente. Gli antibiotici trovano, invece, ovviamente indicazione nelle complicanze batteriche e devono essere utilizzati, solo su prescrizione, dopo aver effettuato una visita medica, quando i sintomi dell'influenza non passano con i farmaci di automedicazione oppure se, dopo un'apparente guarigione, si manifesta un ritorno di febbre e tosse produttiva. "L'approccio da rimarcare per il trattamento dell'influenza - continua Pregliasco - rimane quello del ricorso a farmaci sintomatici, che vanno usati però responsabilmente, cioè indicando al paziente di attenuare i sintomi senza azzerarli, seguire per 3-4 giorni l'andamento della malattia e consultare il medico se dopo questo periodo di tempo le cose non migliorano".



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

■ VIROLOGIA

Chikungunya e somiglianze con l'artrite reumatoide

A causa dei cambiamenti climatici in atto e dei frequenti viaggi in Asia e nei Paesi tropicali la febbre da virus Chikungunya (CHIKV) è una situazione frequente, ma ancora poco conosciuto in occidente. In Italia, la diffusione del virus è monitorata da programmi specifici, come indicato nella circolare del Ministero della Salute "Piano Nazionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare (*Aedes sp*) con particolare riferimento a virus Chikungunya, Dengue e Zika - 2018."

Questo virus -isolato per la prima volta in Tanzania nei primi anni '50 - è trasmesso dalla zanzara del gruppo *Aedes*, in particolare dalla *Aedes aegypti* in Paesi tropicali o dalla *Aedes albopictus* (la zanzara tigre) in aree temperate come quelle del bacino del Mediterraneo.

In Italia e in Europa si è assistito - nell'ultimo decennio - all'aumento della segnalazione di casi "importati" e autoctoni di arbovirosi (tra le quali proprio la febbre da virus Chikungunya) molto diffuse nel mondo. Dopo il primo episodio accaduto nel 2007 nel ravennate, in Italia si sono verificati due nuovi focolai autoctoni - tra loro collegati - di CHIKV nel Lazio e in Calabria nel 2017, con circa 500 casi.

► Diagnosi differenziale

Nel corso del 5° congresso della Società Italiana di GastroReumatologia (SIGR) il tema è stato oggetto di confronto tra esperti. Le manifestazioni della malattia - ha spiegato **Vincenzo Bruzzese**, Past president della SIGR - vengono spesso confuse e trattate come artrite reumatoide, è invece necessario indagare più approfonditamente per una diagnosi differenziale corretta. In questo caso chiedere al paziente se sia da poco rientrato da un viaggio o risieda in Paesi in cui la zanzara sia presente e indagare l'insorgenza di febbre, è un buon inizio, per migliorare il processo di diagnosi precoce e intervenire repentinamente".

"La malattia può avere un andamento bifasico", ha spiegato **Emanuele Nicastrì**, Direttore UOC Malattie Infettive ad Alta Intensità di Cura dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani di Roma. "Dall'incubazione, che ha un periodo-finestra che va dai 2 ai 14 giorni, la febbre da virus Chikungunya si manifesta con temperature oltre i 39°C, esantemi cutanei che si evidenziano dopo circa 3 giorni dall'inizio della febbre e possono

diventare pruriginosi e sintomi tipici delle poliartriti. Altri segnali sono forti emicranie, congiuntivite, mialgia, ingrossamento dei linfonodi periferici, sintomi gastrointestinali e neuropatie diffuse che danno stanchezza e spossatezza. La seconda fase è quella cronica che, dopo un iniziale miglioramento dopo la fase acuta, può durare anche mesi ed è particolarmente invalidante. È caratterizzata da dolore diffuso alle articolazioni, rigidità articolare mattutina, dolore, gonfiore delle parti colpite e spossatezza persistenti".

Sino al 40% dei casi, infatti, i sintomi si stabilizzano sfociando in poliartrite, manifestandosi prima come piccoli rigonfiamenti delle articolazioni distali, sino a immobilizzare il paziente a causa del dolore e della mancanza di forza muscolare. Studi condotti sulla patogenesi della malattia avvicinano la Chikungunya cronica all'artrite reumatoide - RA - con la quale condivide anche molte caratteristiche cliniche. Il meccanismo di CHIKV che induce l'artrite persistente rimane sotto indagine, tuttavia al momento, vi è accordo sul fatto che Chikungunya e RA presentano molte vie immuno-cellulari e citochiniche in comune e coinvolte nel loro sviluppo. Non sono ancora disponibili vaccini o farmaci antivirali; il trattamento della fase acuta è sintomatico, mentre nelle fasi croniche sono stati utilizzati diversi farmaci antireumatici, che modificano il decorso della malattia con esito variabile.

Fisiopatologia della neuropatia diabetica

Il ruolo dell'ipossia, danno organico o danno funzionale?

Il polimorfismo clinico della neuropatia diabetica è ben noto: la forma più frequente è la polineuropatia simmetrica distale, che si associa spesso a disturbi di tipo sensitivo-motorio. La neuropatia diabetica autonoma è invece caratterizzata da un decorso molto insidioso. Sono in corso sperimentazioni di farmaci che aumentano la captazione di ossigeno da parte dei tessuti

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**², **Marco Sperandeo**³, **Massimo Errico**⁴, **Michele Carella**¹, **Gianluigi Vendemiale**⁵, **Angelo Benvenuto**⁶

La complicanza neurologica più frequentemente riscontrata nei soggetti diabetici è la polineuropatia sensitivo-motoria simmetrica distale: in questo caso, la compromissione neurologica inizia tipicamente a livello delle estremità nella quasi totalità dei pazienti, estendendosi prossimalmente lungo gli arti superiori e inferiori. Le manifestazioni della polineuropatia simmetrica distale variano a seconda che quest'ultima interessi prevalentemente le piccole fibre sensitive, le fibre sensitivo-motorie di grande calibro oppure entrambe. Il coinvolgimento delle piccole fibre sensitive determina, in un primo tempo, la diminuzione della soglia alle stimolazioni tattili, termiche e dolorifiche, accompagnata da pare-

stesie e dolori muscolari profondi in sede distale, specialmente a riposo e durante la notte.

Tipicamente e comunemente si verificano infatti alterazioni simmetriche della sensibilità, soprattutto distali e in particolare con distribuzione "a calzino" (cosiddette parestesie, "burning feet").

Nelle fasi avanzate, invece, si verifica una progressiva insensibilità ai traumi. Il coinvolgimento delle grandi fibre afferenti è responsabile della riduzione della sensibilità di posizione, movimento, pressione e vibrazione determinando, al limite, un difettoso coordinamento dei movimenti e instabilità posturale (è evidente per esempio, la riduzione dei riflessi tendinei e, in particolare, del riflesso achilleo).

giche e peptidergiche nell'ambito del diabete senza altre cause, con una fase subclinica diagnosticata solo con misure strumentali e una clinica con presenza di segni e sintomi. Questa seconda forma di neuropatia si manifesta in maniera multiforme potendo interessare, in misura e tempi diversi, le molteplici funzioni controllate dal sistema nervoso autonomo.

Essa coinvolge più frequentemente il sistema della termoregolazione (ridotta secrezione sudoripara e vasodilatazione, per cui il piede diabetico è caldo e asciutto), l'apparato urogenitale (disfunzione vescicale con stasi urinaria e predisposizione alle infezioni delle vie urinarie, impotenza), il tubo digerente (disturbi della motilità esofagea, paresi gastrica con rallentato svuotamento gastrico, alvo alterante, incontinenza anorettale), il sistema neuroendocrino (riduzione o assenza della controregolazione ormonale all'ipoglicemia, attenzione quindi alla possibile scarsità dei sintomi da ipoglicemia!) e il sistema cardiocircolatorio (ischemia miocardica silente).

► Neuropatia diabetica autonoma

Un'altra forma di neuropatia diabetica è quella autonoma, caratterizzata da un decorso molto più insidioso. Questo tipo di neuropatia è una patologia strutturale delle fibre autonome colinergiche, adrener-

Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

¹Dirigente Medico SC Medicina Interna

²Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC

⁶Direttore SC Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

³Dirigente Medico SC Medicina Interna

Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli"

Acquaviva delle Fonti (BA)

⁴Direttore SC Medicina Interna

AOU "Ospedali Riuniti" Policlinico di Foggia

⁵Direttore Dipartimento Internistico

I sintomi autonomici principali da indagare sono quelli da intolleranza ortostatica, sintomi gastrici, diarrea e stipsi, sintomi da disfunzione vescicale, disfunzione erettile, alterazioni della sudorazione.

In generale, i sintomi della neuropatia autonoma tendono ad essere intermittenti, possono peggiorare, raramente scompaiono.

I test cardiovascolari basati sulla variazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa costituiscono una parte essenziale e insostituibile della diagnosi di neuropatia autonoma diabetica e comprendono: il test della respirazione profonda (*deep breathing*), il passaggio dal clino all'ortostatismo (*lying to standing*) e la manovra di Valsalva. Durante l'esecuzione dei test, è necessaria la registrazione in continuo della frequenza cardiaca mediante un comune elettrocardiografo. La visione del tracciato è essenziale affinché vengano escluse dal calcolo artefatti e/o aritmie cardiache di qualsiasi tipo. Uno dei primi segni di neuropatia, infatti, è la minore variabilità della frequenza cardiaca rivelata durante il *deep breathing*. Altri sintomi possono essere l'intolleranza all'esercizio fisico e l'ipotensione ortostatica, tutti segni di una progressione della patologia.

► Ipossia tissutale

A danneggiare la risposta autonoma sembrerebbero essere l'iper-glicemia, l'iperinsulinemia e l'ipossia tissutale. Perché i soggetti diabetici dovrebbero essere ipossici? Per una minore pressione di ossigeno transcutanea, un aumento della PO₂ venosa, un minore trasporto di ossigeno da parte dell'emoglobina e una minore cessione

di ossigeno da parte dei globuli rossi a causa della glicosilazione dell'emoglobina e per anomalie della diffusione della membrana alveolo-capillare. Tutto questo porta ad una minore saturazione di ossigeno nei soggetti diabetici rispetto a quelli sani, con una differenza dell'1.0-1.5%. Questa differenza sembrerebbe essere irrisoria ma, in realtà, non lo è se consideriamo la curva di dissociazione dell'emoglobina. Per appurare se l'ipossia abbia effettivamente un ruolo nella disautonomia, sono stati condotti vari studi al fine di verificare se la somministrazione di ossigeno possa migliorare il baroriflesso nei soggetti diabetici. Il risultato di una maggiore risposta dei tessuti all'iperossia nei diabetici suggerisce una pre-esistente condizione di ipossia tissutale che altera il sistema parasimpatico nei diabetici. Le anomalie autonome possono essere parzialmente e temporaneamente rese reversibili da manovre funzionali come rallentare il respiro e il somministrare ossigeno, au-

mentando l'attività parasimpatica e correggendo l'ipossia tissutale. Gli studi condotti sinora, quindi, confermano che l'ipossia gioca un ruolo nella disautonomia diabetica, non escludendo, comunque, il ruolo del trattamento insulinico, dell'iperglicemia, di pregresse ipoglicemie e di uno scarso controllo glicemico.

► Conclusioni

In conclusione, quindi, il diabetico risponde meno all'ipossia rispetto ai controlli perché vive già in una situazione di ipossia. Per risolvere questa situazione, sono periodicamente in corso di sperimentazione farmaci che aumentano la captazione di ossigeno da parte dei tessuti: tuttavia, non ci sono ancora evidenze certe che l'uso di questi farmaci possa dare un miglioramento della neuropatia diabetica, la cui patogenesi non ancora del tutto chiara è probabilmente ascrivibile a disturbi della microcircolazione dei *vasa nervorum* e a disturbi metabolici.

Bibliografia essenziale

- American Diabetes Association *Standards of Medical Care in Diabetes*. Diabetes Care, 2014.
- Crepaldi G. et Al. *Trattato di Medicina Interna*, Piccin, Padova, 2002.
- De Luca P. *Medicina Clinica. Manuale pratico di Diagnostica e Terapia*. Enea Edizioni, Milano, 2016.
- De Luca P. *Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica*, Società Editrice Universo, Roma, 2011.
- Gasbarrini G. *Trattato di Medicina Interna*, Verduci, Roma, 2011.
- Gentilini P. *Medicina Interna*, Società Editrice Universo, Roma, 1997.
- Goldman L. et Al. *Goldman-Cecil Medicina Interna*, Edizioni Edra, Milano, 2017.
- Kasper D.L. et Al. *Harrison Principi di Medicina Interna*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2017.
- Kumar P. et Al. *Medicina Clinica*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2007.
- McCance K. L. et Al. *Fisiopatologia ed elementi di patologia generale*, Edizioni Edra, Milano, 2016.
- McPhee S. et Al., *Fisiopatologia*, McGraw-Hill, Milano, 2000.
- Nuti R. *Medicina Interna*, Minerva Medica, Torino, 2017.
- Papadakis M.A. et Al., *Current Medical Diagnosis and Treatment*, Piccin, Padova, 2015.
- Pola P. *Vademecum di diagnostica e terapia medica*, Margiacchi Galeno, Perugia, 2013.
- Pontieri G.M. et Al. *Patologia e Fisiopatologia generale*, Piccin, Padova, 2015.
- Porter R.S. et Al. *Manuale Merck di Diagnosi e Terapia*, Springer Verlag, Milano, 2014.
- Roversi A.S. *Diagnostica e Terapia*, Mercurio Editore, Napoli, 2011.
- Ruggeri C. *Medicina Interna Sistematica*, Edra Edizioni, Milano, 2015.
- Teodori U. *Trattato italiano di Medicina Interna*, Società Editrice Universo, Roma, 2004.
- Zanussi C. *Il metodo in Medicina Clinica*. Mattioli, Fidenza, 2007.

Oggi ho deciso di non prescrivere...

“La medicina ha fatto così tanti progressi che ormai più nessuno è sano”: è vero, perché a forza di cercare, qualcosa si trova sempre. Resta da capire se ciò che si trova ha un impatto prognostico sulla vita del paziente o se è solo un elemento che genererà ansia nella sua vita e necessiterà di una serie infinita di controlli

Domenica Basile

Medicina Interna - Ospedale San Vito al Tagliamento (PN)

È autunno ed è il momento di tornare saggi. Messi da parte aperitivi e mojito sulla spiaggia, abbiamo ripreso le nostre vite. Tirate fuori i ricettari e prescrivete tutto ciò che serve. Avanti con la lista degli arretrati estivi non prescritti. Ogni tre ricette compilate, hai in omaggio un pupazzetto di Cristiano Ronaldo.

► La giornata del No

■ 75enne che vuole dosare il PSA. Nessun disturbo, nulla in anamnesi. “Perché?” gli chiedo, guardandolo in faccia lievemente alterata, ma ancora abbronzata (il che mi da forza di opporre resistenza). “Così, lo fanno tutti, specie alla mia età”. **“No”**.
 ■ Avanti il prossimo. “Vorrei fare un’urinocoltura”. “Perché?” “Per controllo, ne soffro spesso e visto che ho in programma un viaggio”. **“No”**.
 ■ “Mi può prescrivere una RM? Ho mal di schiena”. “Da quanto tempo?” “10 giorni”. **“No”**.
 E così è stata la giornata del No. Sento che fuori dall’ambulatorio, i pazienti si dicono tra di loro: “Meglio tornare un’altra volta, oggi è una giornata No”. Se ne vanno, sperando in un giorno migliore. Eppure non è solo l’impatto negativo del rientro dalle ferie. Ma è legato al fatto che tutti i miei

No sono frutto di una scelta saggia, documentata e validata, che prende origine dalla scoperta di “Choosing wisely”, nel quale ho ritrovato un mondo che pensavo perduto (www.choosingwiselyitaly.org). Dunque che sito è? New age, relax tantrico, floreale, ancestrale? Nulla di tutto questo.

Si basa su raccomandazioni delle principali società scientifiche che iniziano principalmente con “Don’t” e “Avoid”.

Se la medicina moderna va sempre di fretta, priva di tempo, di personale e di colloqui, grondante di esami su esami e di medicina difensiva, c’è ancora chi cerca di difendere il fortino. E io cercherò di essere una strenua paladina a difesa di quel fortino. Il sapere di non essere sola aiuta. Perché a volte è molto più saggio non fare (non prescrivere) piuttosto che fare. Non è più facile, intendiamoci, perché spesso non costa nulla (al Ssn forse sì, però...) prescrivere farmaci, accertamenti, inserire un catetere vescicale o richiedere una PEG... con tanto di ringraziamento dei pazienti/parenti su quanto bravi siamo. Questa strada è sicuramente la più facile da seguire, ma non la più saggia. A volte è più saggio non prescrivere e impiegare bene il tempo spiegando a paziente e parente il

perché della non prescrizione.

Aldous Huxley diceva che “la medicina ha fatto così tanti progressi che ormai più nessuno è sano”. Ed è vero. A forza di cercare, qualcosa si trova sempre. Ma è da capire se ciò che si trova ha un impatto prognostico sulla vita del paziente, o se è solo un elemento che genererà ansia nella sua vita e necessiterà controlli su controlli.

► Casi clinici come esempi: nessuno è sano

Prendiamo un esempio. La nascita dei miei due bimbi. Durante la gravidanza, i colleghi ginecologi sono stati così attenti e scrupolosi che ogni visita è un’ecografia. A una decina di giorni dalla nascita, alla bimba viene trovata una grossolana cisti ovarica, al bimbo un’evidente dilatazione calicopielica bilaterale (tutte le precedenti ecografie, incluso la morfologica, sempre normali). Condizioni parafisiologiche e a risoluzione spontanea... ma mi hanno comunque messo un po’ di ansia, e i miei bimbi hanno vinto diversi giri sull’ecografo. Un po’ come le ecografie dell’addome. “Come mai fa quest’esame?” chiedevamo spesso in radiologia quando facevo il tirocinio per il corso di ecografia clinica. “L’ho chiesto io

al mio medico, sa. Volevo vedere. Magari ho qualche cisti renale, qualche calcoletto". "Quindi? Anche fosse?" "Così, per sapere". Bene, c'è chi vuol sapere il sesso degli angeli, e chi vuol sapere la topografia delle proprie cisti parenchimali. Se l'ecografia è normale, vorrà fare una gastroscopia ("sa, per sapere, poi qualche dolorino alla pancia ce l'abbiamo tutti")... alla negatività della gastroscopia, si autoconvincerà di essere celiaco e neppure la negatività di tutti gli accertamenti gli eviteranno di fare una dieta senza glutine.

Siamo di fronte alla cosiddetta radiologia terapeutica: fatto l'accertamento, se questo è negativo, il dolore sparisce. Ormai nessuno è più sano. Se io penso di esserlo, non sono altro che un'inguaribile ottimista. Inguaribile, quindi non sana. Ecco, come vedete l'assioma è realtà: nessuno è sano.

► Quando la malattia è avanzata

Anche ai non sani, è bene non fare qualsiasi cosa. E avere un sito con le raccomandazioni sulle cose che non vanno fatte (perché futili, inutili, costose e spesso anche dannose) può aiutarci a scegliere in modo saggio. Visto che ormai il solo buon senso non vale più, almeno troviamo scritto nero su bianco raccomandazioni di buon senso, che si possono anche far vedere e leggere al paziente (c'è infatti anche la parte dell'applicazione indirizzata al paziente con la spiegazione delle scelte in un linguaggio comprensibile anche ai non adatti ai lavori).

Se dal punto di vista scientifico abbiamo fatto progressi enormi, dal punto di vista filosofico e umano siamo tornati molto indietro, molto più indietro dei Greci e Romani. Galeno diceva che lo scopo dell'arte medica è la salute, il fine è ottenerla (non

parlava di conoscere la propria topografia cistica). E quando la malattia è così avanzata che non si può più ottenere uno stato di salute? In tal caso, è ancora più importante essere saggi, umani e di buon senso, e dunque evitare manovre e terapie futili, ma aiutare il paziente - per quanto possibile - a mantenere un equilibrio psico-fisico e alleviare la sofferenza.

► Choosing Wisely

Dopo queste riflessioni vi riporto alcune raccomandazioni di Choosing Wisely e derivanti dalle principali società scientifiche (American Academy of Dermatology, of Neurology, of Family Physicians, American College of Cardiology, ecc).

- Non inserire sonde di alimentazione percutanea in pazienti con demenza avanzata. Offrire alimentazione orale assistita.
- Non eseguire urinocoltura senza che vi sia evidenza di chiari segni e sintomi a localizzazione urinaria.
- Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti in pazienti con limitata aspettativa di vita.
- Non posizionare un catetere vescicale per la gestione dell'incontinenza urinaria.
- Non eseguire la ricerca della tossina del *C. difficile* per confermare la guarigione se i sintomi sono risolti.
- Non raccomandare cure aggressive od ospedalizzazione nell'anziano fragile senza che vi sia un chiaro obiettivo desiderato dal trattamento e senza avere soppesato bene i rischi/benefici.
- Non prescrivere una TC dei seni paranasali né antibiotici in maniera indiscriminata per una rinosinusite acuta non complicata.
- Non diagnosticare né gestire l'asma senza aver fatto eseguire una spirometria.

- Non prescrivere di routine un mezzo di contrasto a bassa o iso osmolarità né pretrattare con steroidi pazienti allergici ai frutti di mare che devono eseguire un esame con mdc.

- Non prescrivere una terapia antifungina per os in pazienti con sospetta onicomicosi senza la conferma dell'infezione fungina.

- Non prescrivere antibiotici per il trattamento di una dermatite atopica a meno che non vi sia evidenza clinica di infezione.

- Non usare di routine antibiotici topici su una ferita chirurgica.

- Non usare cortisonici per via sistemica come trattamento a lungo termine di una dermatite.

- Non eseguire esami radiologici per una lombalgia insorta da meno di 6 settimane, a meno che non vi siano segnali d'allarme.

- Non prescrivere un ECG annuale o qualsiasi altro screening cardiologico in pazienti a basso rischio senza sintomi.

- Non eseguire esami di screening per stenosi carotidea in pazienti asintomatici.

- Non prescrivere antibiotici per un'otite media in bambini di età dai 2 ai 12 anni con sintomi non severi là dove la sola osservazione è un'opzione ragionevole.

- Non prescrivere antibiotici orali per una otite acuta esterna non complicata.

- Non effettuare di routine test di screening per ca della prostata utilizzando PSA o esame rettale.

- Non richiedere un esame ginecologico per prescrivere contraccettivi orali.

- Non ritardare l'avvio delle cure palliative in pazienti con malattia severa che hanno distress fisici, psicologici, sociali o spirituali per il fatto che sono eleggibili anche per la terapia mirata alla patologia.

- Non prescrivere EEG per la cefalea.
- Non prescrivere test di imaging per lo studio delle carotidi per una sincope semplice in assenza di altri sintomi neurologici.
- Non raccomandare CEA per una stenosi carotidea asintomatica a meno che il tasso di complicazioni sia basso (<3%).
- Evitare di eseguire di routine ecografia post-operatoria di screening di TVP agli arti inferiori dopo intervento d'elezione di protesi d'anca o di ginocchio.
- Non eseguire sorveglianza con EGDS in pazienti con cirrosi compensata e piccole varici per prevenire un primo sanguinamento.
- Non proseguire in maniera indefinita la terapia per encefalopatia epatica dopo un iniziale episodio con fattore precipitante identificabile.
- Non eseguire TC o RM di routine per monitorare lesioni epatiche benigne focali a meno che non vi sia un cambio significativo nei sintomi e nell'esame obiettivo.
- Non trasfondere più unità di emazie di quelle strettamente necessarie.
- Non trasfondere emazie per deficit di ferro senza che vi sia instabilità emodinamica.
- Non eseguire emocromi seriati in pazienti clinicamente stabili.
- Non eseguire di routine profilassi anti-epilettica dopo uno stroke ischemico.
- Non somministrare steroidi dopo un grave danno cerebrale post traumatico.
- Non eseguire ecocardiografia di routine come follow-up per lieve patologia valvolare in adulti privi di segni e sintomi di cardiopatia.
- Non eseguire TC o RM nella sincope semplice con esame neurologico nella norma.
- In pazienti con bassa probabilità pre-test di TVP, esegui la misura del D-dimero ad alta sensibilità; non eseguire test di immagine come test diagnostici iniziali.
- Non raccomandare esame ecografico per riscontro incidentale di noduli tiroidei in TC, RM o eco eseguite per

altri motivi in pazienti a basso rischio, a meno che il nodulo incontri criteri di dimensioni età-corrrelati (<35 anni con nodulo <1 cm; se >35 anni, nodulo >1.5 cm) o abbia caratteristiche sospette (segni di invasione locale, presenza di linfonodi anormali).

► Conclusioni

Potrei andare avanti ore a scrivervi ciò che non dovete fare e riportarvi le raccomandazioni che trovo più interessanti.

Vedete quindi che molte volte è più saggio non fare, spiegando bene al paziente il perché del No.

Sul sito e sull'applicazione trovate queste e molte altre raccomandazioni, le società scientifiche da cui sono tratte, e anche la spiegazione in sintesi dei motivi per cui si è arrivati a raccomandare di non fare.

Dunque c'è chi dice NO!

Articolo presente anche in

• <https://medicinainterna.blog>



La prima **webTV** per l'informazione e la formazione del medico italiano

1 canale generalista **12** canali specialistici

www.mdwebtv.it

- Medicina generale ■ Cardiologia ■ Angiologia ■ Flebologia ■ Malattie Trombotiche ■ Gastroenterologia ■ Epatologia ■ Urologia ■ Andrologia
- Nefrologia ■ Psichiatria ■ Neurologia ■ Neuropsichiatria Infantile ■ Ortopedia ■ Reumatologia ■ Medicina Fisica e Riabilitazione
- Oncologia ■ Ematologia ■ Cure Palliative ■ Allergologia ■ Pneumologia ■ Otorinolaringoiatria ■ Endocrinologia ■ Diabetologia
- Dermatologia ■ Medicina Estetica ■ Malattie sessualmente trasmesse ■ Pediatria ■ Neonatologia ■ Vaccini ■ Ginecologia e Ostetricia
- Patologia della Riproduzione ■ Genetica ■ Malattie Rare

Un progetto innovativo per migliorare la cura del diabete: primi risultati

La ATS Milano ha realizzato, in collaborazione anche con i Mmg, un progetto pilota per migliorare la cura del diabete di tipo 2 con un intervento dietetico, sulla scorta degli interessanti risultati ottenuti dallo studio britannico DIRECT. I risultati milanesi sono stati incoraggianti e suggeriscono di rilanciare su un campione più ampio

Che il diabete di tipo 2 sia una malattia cronica che necessita di un trattamento per tutta la vita è noto diffusamente. Le linee guida attuali per la gestione di questa patologia si focalizzano con forza sui trattamenti multifarmaco per ridurre la glicemia e l'elevato rischio cardiovascolare associato, ma la realtà dei fatti è che l'aspettativa di vita rimane sostanzialmente ridotta, lasciando aperta la sfida in questo ambito. Diverse prove hanno mostrato che il diabete di tipo 2 è fortemente associato all'aumento di peso nell'età adulta e all'accumulo di grasso in eccesso a livello viscerale e studi di fisiopatologia hanno suggerito come questi pazienti potrebbero ritornare a un normale controllo glicemico mediante restrizione calorica.

Su queste basi sta crescendo l'interesse per verificare se un intervento incisivo sullo stile di vita e sul peso corporeo possa avere effetti benefici su questi pazienti e se sia realizzabile nella pratica clinica quotidiana. È in questo contesto che è stato avviato, a Milano, il Progetto Diabete, da parte dell'ATS Milano, in collaborazione con Mmg e specialisti diabetologi del territorio del capoluogo lombardo, con supervisione scientifica del Dott. **Alberto Donzelli**.

Spiega **Alessandro Schivalocchi**, della Scuola di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Milano Bicocca (tirocinante presso l'UOS Appropriatelyzza nelle Cure primarie): "Il Progetto diabete prende spunto da una ricerca inglese, svolta in 49 ambulatori di MG, su pazienti diabetici di tipo 2. Gli inglesi hanno somministrato ai loro pazienti una dieta liquida da 850 cal per 3-5 mesi e hanno rilevato la perdita di peso e la riduzione della glicata al termine. Hanno dimostrato che chi perdeva almeno 15 kg a 1 anno di distanza manteneva una remissione del diabete, definita come una glicata <6.5 in assenza di farmaci antidiabetici per almeno 2 mesi consecutivi."

► Il precedente: lo studio DIRECT

La ricerca inglese (*Lancet* 2018; 391: 541-551), che ha ispirato i ricercatori milanesi, ha coinvolto due gruppi di pazienti, suddivisi in modo randomizzato:

- gruppo con programma di gestione del peso (intervento)
- gruppo con indicazioni tratte dalle linee guida correnti (controllo).

Sono stati reclutati individui tra 20 e 65 anni di età, con diagnosi di diabete di tipo 2 negli ultimi 6 anni, con un BMI di 27-45 kg/m² (media

35), non in terapia con insulina.

I partecipanti al gruppo di intervento sono stati invitati a seguire un programma di gestione del peso con l'obiettivo di raggiungere e mantenere una perdita ≥15 kg (con obiettivi più modesti nei pochi in sovrappeso solo moderato). È stata prevista una certa flessibilità individuale, per ottimizzare i risultati. La perdita di peso è stata indotta con una dieta sostitutiva completa (liquida) di sole 825-850 kcal/giorno, derivanti per il 59% da carboidrati, il 13% da grassi, il 26% da proteine e il 2% da fibra per 3 mesi (estendibili fino a 5 mesi se desiderato dal partecipante), seguita da un programma strutturato di reintroduzione di cibo di 2-8 settimane (circa 50% calorie da carboidrati, 35% da grassi, 15% da proteine), con visite mensili per aiutare a mantenere il peso a lungo termine.

Tutti i farmaci antidiabetici e antiipertensivi orali sono stati sospesi il giorno 1 nel gruppo con il programma di controllo del peso, con protocolli standard per la reintroduzione del farmaco secondo le indicazioni delle linee guida cliniche nazionali. La scelta, drastica, di sospendere gli antipertensivi è stata motivata dal fatto che la pressione arteriosa diminuisce rapidamente

con l'inizio di una dieta a consumo energetico decisamente basso. I partecipanti sono stati incoraggiati a mantenere l'abituale attività fisica durante la sostituzione totale della dieta. È stato fornito un conta-passi all'inizio della fase di reintroduzione di cibo, e strategie per aumentare l'attività fisica, per aiutare i partecipanti del gruppo di intervento a raggiungere e mantenere fino a 15.000 passi al giorno. Sono stati reclutati 306 individui. A 12 mesi, si è registrata una perdita di peso di 15 kg o più in 36 partecipanti nel gruppo di intervento (24%) e in nessuno nel gruppo di controllo. La remissione del diabete è stata raggiunta in 68 partecipanti nel gruppo di intervento (46%) e in 6 partecipanti nel gruppo di controllo (4%). La remissione del diabete è variata con la perdita di peso nella popolazione partecipante.

► Il progetto dimostrativo milanese

Sulla base di questi risultati, l'ATS della Città Metropolitana di Milano ha proposto un intervento educativo volto a replicarli su soggetti diabetici interessati, con alcune modifiche rispetto al DIRECT:

- interruzione dei farmaci antipertensivi e ipoglicemizzanti orali solo su indicazione del gestore/curante nel momento ritenuto opportuno a seguito di monitoraggio di pressione arteriosa e glicemia dopo l'inizio della dieta ipocalorica;
- dieta iniziale da poco più di 1000 Kcal predisposta da dietista ATS insieme a dietologo consulente e discussa con tutti gli attori, con cibi solidi appropriati, facilmente reperibili dai partecipanti;
- raccomandazione di effettuare esercizi di potenziamento muscola-

re con carico adeguato alle condizioni fisiche di ciascuno già a partire dall'inizio della dieta (con supervisione di un laureato in scienze motorie)

- invio di 12 email (1 a settimana) sul tema del diabete di tipo 2 come previsto dal Programma YouCan 4.0 (progetto di messaggistica e-mail di informazione sulla salute per il personale ATS milanese) per chi sceglie l'argomento "diabete", e supporto aggiuntivo a richiesta anche da parte dello staff di YouCan. Il progetto dimostrativo ha coinvolto 37 pazienti (7 persi durante il percorso dietetico) (Box).

Continua Schivalocchi: "Abbiamo seguito i pazienti per 3 mesi, supportandoli, motivandoli e integrando anche con attività fisica di gruppo e con materiale educativo", al termine dei quali si è registrata una perdita media di peso per persona di 6.5 kg, con un massimo di 16 kg persi. Si è inoltre registrata una riduzione media di emoglobina glicata di 0.83 punti percentuali, di 20.6 mg/dl di colesterolo totale e di 35.3 mg/dl di trigliceridi.

Una parte dei Medici Gestori ha operato riduzioni terapeutiche, eliminando il secondo antidiabetico orale (tipicamente sulfoniluree), dimezzando la metformina e sospendendo la terapia antipertensiva. Altre rimodulazioni terapeutiche sono in corso.

"Questo - chiosa **Marco Bosio**, Direttore Generale dell'ATS Milano Città Metropolitana - "ha portato a importanti risultati che ci permetteranno anche nel 2019 di ampliare anche questo progetto". A questo proposito le ASST Nord Milano, Santi Paolo e Carlo e l'ATS hanno già risposto a un bando della Regione Lombardia per un finanziamento finalizzato all'estensione di questo progetto a centinaia di diabetici.

Progetto diabete: descrizione per i partecipanti

Di cosa si tratta?

È un progetto di ATS Milano in collaborazione con il tuo MMG che punta alla perdita di peso e alla regressione di alcune forme non complicate di diabete di tipo 2 attraverso un programma dietetico ed educativo.

Posso partecipare?

Per partecipare devi avere questi requisiti:

- età tra i 20 e i 65 anni
- BMI tra 27 e 45
- diabete tipo 2 diagnosticato da non più di 6 anni.

Cosa mi aspetta?

Seguirai una dieta bilanciata per 3 mesi con il supporto di una dietista e di medici esperti nel campo della prevenzione, ai quali potrai esporre le tue difficoltà in occasione di incontri. Inoltre riceverai ogni settimana un breve messaggio per conoscere il diabete e le strategie di intervento.

Cosa mi occorre?

Entusiasmo e motivazione sono gli ingredienti fondamentali di questa ricetta! Inoltre ti serviranno:

- una bilancia di precisione per alimenti e una pesapersone
- uno sfigmomanometro (per misurare la pressione)
- integratore in gocce di vitamina B12
- isolati proteici di soia per integrare la giusta quota di proteine alla dieta.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare i commenti di Alessandro Schivalocchi e Marco Bosio

Nutraceutici e alimenti funzionali nel controllo della colesterolemia

Fornire al medico indicazioni condivise sull'impiego di nutraceutici, integratori e alimenti funzionali finalizzati al controllo della colesterolemia in prevenzione cardiovascolare.

È l'obiettivo del recente Documento di Consenso intersocietario coordinato da Nutrition Foundation of Italy in collaborazione con numerose società scientifiche

Fino a una decina di anni fa gli interventi per il controllo della colesterolemia erano sostanzialmente la correzione dietetica e i farmaci. Negli ultimi tempi l'approccio si è arricchito di numerosi principi attivi (spesso definiti nutraceutici, ma normativamente classificati come "integratori") o di alimenti con specifiche funzionalità. Si tratta di prodotti che possono essere assunti in assenza di prescrizione o anche di indicazione medica, e che per questo motivo il paziente spesso sceglie ed utilizza in modo del tutto autonomo, non necessariamente corretto. È quindi importante che i medici conoscano in modo adeguato questi principi attivi, e contribuiscano a orientarne il consumo da parte dei pazienti sulla base delle più solide evidenze scientifiche.

È l'obiettivo del position paper intersocietario "Nutraceutici, integratori e alimenti funzionali nel controllo della colesterolemia. Una guida per il medico", coordinato da *Nutrition Foundation of Italy* (NFI) ed elaborato in collaborazione con numerose società scientifiche nazionali. La guida esamina i principi attivi, le indicazioni di uso e i loro possibili effetti collaterali, con l'obiettivo di fornire al medico e agli

altri professionisti della salute indicazioni condivise sul loro impiego in prevenzione cardiovascolare.

▶ Aspetti essenziali

"Nel redarre il documento ci siamo focalizzati su alcuni aspetti. Il primo è che ogni riduzione della colesterolemia LDL se sufficientemente prolungata nel tempo, indurrà una riduzione del rischio CV; l'ampiezza di tale riduzione del rischio dipenderà essenzialmente dall'ampiezza del calo delle LDL che è stato indotto, dall'estensione del periodo di tempo per il quale tale calo è stato mantenuto e dai valori basali della colesterolemia LDL" - spiega il Prof. **Andrea Poli**, di NFI e primo firmatario del documento. Si può inibire l'assorbimento del colesterolo a livello intestinale utilizzando i fitosteroli, il riso rosso fermentato e altri prodotti di origine vegetale. La berberina sembra in grado di ridurre i livelli di RNA messaggero per la PCSK9 (Proteina Convertasi Subtilisina/Kexina tipo 9), e quindi i livelli plasmatici di questa proteina. La PCSK9, prodotta essenzialmente dal fegato, si lega come è noto ai recettori per le LDL, diminuendone la capacità di ritornare sulla superficie cellulare

dopo aver completato il ciclo di internalizzazione e di degradazione di una LDL. La berberina inoltre sembra influenzare anche il profilo glicidico e la trigliceridemia.

Il documento sottolinea due aspetti essenziali:

- l'impiego di questi prodotti deve essere governato dal medico. È troppo importante identificare correttamente il soggetto che deve utilizzarli, la modalità di consumo, le interazioni con altri farmaci che eventualmente la persona assume, il follow-up;

- identifica quali sono i soggetti candidati al loro impiego. Sono persone con colesterolemia borderline non candidate alla terapia con statine. Sono soggetti di età relativamente giovane, nei quali è però utile basarsi sulla conoscenza clinica e sull'anamnesi familiare per identificare il lo profilo di rischio CV.

L'integratore può essere una interessante modalità per il controllo della colesterolemia, che va comunque affiancato all'intervento dietetico. La corretta alimentazione ha una serie di effetti protettivi anche indipendenti dalle variazioni della colesterolemia LDL che rendono invece di grande importanza l'adozione di uno stile alimentare appropriato in prevenzione cardiovascolare".

Ruolo del medico nel governo del trattamento con nutraceutici, integratori e alimenti funzionali

| Processi e decisioni cliniche | Messaggi da proporre al paziente |
|--|---|
| Stratificazione del rischio cardiovascolare e monitoraggio longitudinale delle sue variazioni | Informazione sul rischio cardiovascolare e sull'importanza della sua riduzione |
| Individuazione dell'opportunità di impiego di un alimento funzionale o di un nutraceutico in aggiunta alla adozione di adeguati stili di vita o, eventualmente, in aggiunta alla terapia farmacologica | Gli alimenti funzionali ed i nutraceutici hanno una collocazione prescrittiva diversa da quella dei farmaci, e più basata sulle caratteristiche del paziente. Differiscono tra loro per meccanismo d'azione e per qualità e quantità di principi attivi contenuti. Hanno in genere un'efficacia dimostrata e un buon profilo di tollerabilità e di sicurezza, ma non dovrebbero essere assunti senza controllo medico periodico. Non portano benefici se assunti per un periodo limitato di tempo o in modo discontinuo |
| Individuazione del tipo di sostanza da prescrivere, in relazione all'obiettivo terapeutico e alle caratteristiche del paziente | Informazione sulla scelta prescrittiva, sui controlli specifici da eseguire e sugli obiettivi del trattamento |
| Integrazione con altre figure sanitarie | Condivisione di messaggi e informazioni di salute alla popolazione |
| Monitoraggio clinico globale del paziente | |

► Sintesi delle raccomandazioni

Sono attualmente disponibili integratori ed alimenti funzionali in grado di ridurre efficacemente la colesterolemia LDL, da soli o in combinazione tra loro, in un intervallo approssimativamente compreso tra il 5% e il 25%.

Nonostante la normativa attuale classifichi questi presidi come di libera vendita il loro uso dovrebbe seguire ad una decisione condivisa tra medico e paziente ("concordance").

È necessario che il medico, in questa fase, accerti in particolare la comprensione, da parte del paziente, dei presupposti di impiego di questi principi, delle loro caratteristiche e dei loro effetti, e che il paziente stesso valuti in modo corretto la sostenibilità personale del loro costo terapeutico, considerando anche la durata (presumibilmente molto prolungata, e teoricamente a vita) del trattamento istituito.

I candidati all'assunzione di questi presidi sono essenzialmente persone a basso rischio cardiovascolare

assoluto per l'età giovanile o secondo gli algoritmi classici (SCORE), nei quali il medico, in accordo con il paziente, ravveda, in anticipo rispetto alla comparsa di un livello di rischio che configuri l'indicazione all'uso di farmaci etici, l'opportunità di ridurre la colesterolemia LDL e quindi il rischio cardiovascolare stesso.

L'impiego di combinazioni predefinite di molecole con effetti su altri fattori di rischio rappresenta, nel medesimo ambito clinico, un'opportunità che il medico potrà considerare con attenzione, anche con obiettivi di miglioramento della compliance.

Il medico dovrà governare nel tempo l'uso di questi integratori, controllandone con attenzione sia la continuità di impiego, sia gli effetti sul profilo lipidico, e sia ancora l'eventuale insorgenza di effetti indesiderati di qualunque natura.

In presenza di una variazione significativa del livello di rischio cardiovascolare del paziente, il medico dovrà riconsiderare l'uso di questi presidi, e valutare l'opportunità del passaggio a un farmaco etico.

La scelta del prodotto, da parte del

medico, dovrà tenere opportunamente conto della documentazione a supporto fornita dall'azienda produttrice o licenziataria, che, nel caso delle combinazioni di principi attivi, dovrà essere stata realizzata impiegando, negli studi di efficacia, la formulazione finale effettivamente commercializzata.

Una periodica valutazione delle evidenze di efficacia e di sicurezza di questi prodotti, da parte di Società Scientifiche o da gruppi di esperti, appare opportuna, anche alla luce della difficoltà di accesso diretto, da parte del medico che svolge prevalentemente attività clinica, alla letteratura di riferimento.

• Il documento integrale è disponibile in www.nutrition-foundation.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Andrea Poli

Interferenti endocrini e fertilità

Gli interferenti endocrini, sostanze di origine sintetica prodotte e veicolate dall'industria, sono responsabili di alterazioni endocrino-metaboliche, con ricadute negative sulla fertilità femminile e maschile. Attraverso la medicina proattiva il Mmg può intervenire identificando il rischio e informando gli assistiti

Luana Gualtieri

Medico di medicina generale, specialista in Ginecologia, AIDM - Associazione Italiana Donne Medico - Lecce

Negli ultimi decenni è sempre più alta l'attenzione alle conseguenze sulla fertilità dovute agli interferenti endocrini (IE), sostanze di origine sintetica prodotte dall'industria agroalimentare e chimica, responsabili di alterazioni endocrino-metaboliche nelle specie viventi. Tali sostanze possono agire sul sistema endocrino perturbando l'omeostasi attraverso l'interazione con i recettori nucleari con effetti agonisti o antagonisti, legandosi alle proteine di trasporto nel sangue alterandone la quantità, interferendo con i processi metabolici nel corpo, incidendo sulla velocità e capacità di sintesi degli ormoni circolanti.

Gli interferenti endocrini hanno effetti anche sull'equilibrio degli ormoni steroidei e tiroidei che hanno il controllo di processi quali la riproduzione e il comportamento sessuale, la differenziazione fetale, lo sviluppo e la maturazione.

Gli IE inoltre sono in grado di alterare il normale sviluppo sessuale causando anomalie morfologiche e funzionali, evidenziabili anche a lungo termine dopo l'esposizione, al raggiungimento della maturità sessuale.

La riproduzione femminile è influenzata dagli IE che possono causare sub infertilità, infertilità, anomalie del ciclo mestruale e senescenza riproduttiva precoce.

I distruttori endocrini possono com-

promettere lo sviluppo della gonade e dell'apparato riproduttivo maschile soprattutto agendo come anti-androgeni e/o in maniera simil-estrogenica, producendo un'alterazione globale della funzionalità delle cellule di Sertoli, di Leydig e della spermatogenesi, aumentando il rischio di patologie congenite e a sviluppo tardivo. Grande importanza nella compromissione della fertilità hanno gli stili di vita sbagliati, ma è sottovalutato ad esempio il rischio legato all'abuso di alcol e fumo. L'organismo femminile ha una capacità dimezzata, rispetto a quella maschile, di smaltire l'alcol ingerito in quanto le donne, rispetto agli uomini, hanno massa corporea inferiore, meno acqua, una maggiore percentuale di massa grassa. Nella donna l'alcol può provocare insufficienza ovarica con conseguente amenorrea, cicli anovulatori, deficit della fase luteinica. Iperprolattinemia persistente, menopausa precoce.

Nell'uomo danneggia sia la produzione che la motilità, vitalità e struttura degli spermatozoi. Il 13% dell'infertilità femminile è causato dal fumo per interferenza delle sostanze tossiche contenute con la maturazione degli ovociti: la nicotina e il benzopirene, che, assorbiti attraverso il fumo vanno a finire nel liquido follicolare e nelle cellule granuloso-luteiniche dell'ovaio. La gravità del danno è direttamente correlata alla dose di fumo assunta.

► Ruolo del Mmg

Che cosa può fare il Mmg? Avere un atteggiamento di medicina proattiva nei confronti degli adolescenti, identificare i problemi clinici generici e specifici a rischio per il benessere futuro e la fertilità e acquisirne competenza nella diagnostica e nella gestione. Può intervenire sui casi di obesità o sul sottopeso, indagare e correggere abitudini sbagliate lo stress, il fumo, l'obesità, l'alcol, la vita sedentaria le malattie sessualmente trasmesse, motivando le raccomandazioni in funzione della salute generale e riproduttiva, attuare medicina genere-specifica senza focalizzare l'attenzione per la prevenzione della fertilità solo al genere femminile, ma tenendo presente l'incremento che si è avuto anche per l'infertilità maschile.

Ricordiamo che se è una buona prassi preventiva effettuare periodicamente Pap test e visita ginecologica per le donne, lo deve diventare anche la visita andrologica per gli uomini. Informare la donna sull'importanza del fattore età, senza fare terrorismo ma sottolineando che la fertilità ha un limite.

Bibliografia

- Rattan S et al. *J Endocrinol* 2017; 233: R109-R129.
- Caserta D et al. *Gynecol Endocrinol* 2013; 29: 444-7.
- Ehrlich S et al. *Environ Health Perspect* 2012; 120: 978-83.

Approcci non convenzionali nella cura della persona con demenza

È possibile contenere i sintomi dei disturbi del comportamento senza ricorrere ai farmaci? Sì: spesso è sufficiente non rimproverare il malato e non contraddirlo per risolvere il disturbo. Nel caso di delirium è invece prioritario indagare e possibilmente identificare le cause scatenanti

Giuseppe Bellelli

Professore associato di Geriatria-Medicina Interna, Dipartimento di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi Milano-Bicocca

Nei prossimi anni il numero delle persone affette da disturbi del comportamento è destinato a aumentare, in parallelo all'invecchiamento della popolazione e all'incremento del numero di persone affette da demenza, a sua volta patologia correlata all'invecchiamento. Con disturbi del comportamento si intende un corollario di sintomi/comportamenti (per definizione inappropriati, quali irritabilità, agitazione psico-motoria, vagabondaggio afinalistico, insonnia, depressione, ecc) che si sviluppano generalmente per l'incapacità della persona di rapportarsi in modo adeguato e congruo con l'ambiente circostante (e le persone) o di riportare in modo coerente le cause della propria sofferenza. Il termine anglosassone utilizzato per definire tali disturbi è "Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia" (BPSD).

Gli studi ci dicono che i BPSD sono molto frequenti. Non c'è una relazione lineare con l'età quanto invece con la gravità del deficit cognitivo. Infatti, sebbene alcuni BPSD possano comparire già nelle prime fasi della demenza, in genere è negli stadi di gravità moderato-severa della demenza che essi sono più frequenti.

► Delirium

In alcuni casi i BPSD costituiscono la modalità di presentazione di un problema clinico intercorrente. Si parla in que-

sto caso di delirium, disturbo neuropsichiatrico caratterizzato da deficit acuto delle capacità attentive, fluttuazione della vigilanza e della cognitivtà, sostenuto da una o più problematiche cliniche intercorrenti. Il delirium è frequente nella popolazione anziana, sebbene non sempre adeguatamente riconosciuto. Lo studio multicentrico "Delirium Day" (2015-2017) condotto in oltre 600 tra ospedali e RSA italiane su un totale di oltre 8000 soggetti, ha dimostrato che circa 1 paziente ogni 5 tra gli ultras65enni ospedalizzati e quasi 1 su 4 tra quelli ricoverati in RSA, è affetto da delirium. Spesso si tratta di un delirium ipocinetico (in cui il paziente è confuso ma calmo) e solo in un quarto dei casi si tratta di un delirium ipercinetico (agitazione, affaccendamento, insonnia, ecc) o misto (alternanza dei due). Riconoscere il delirium è fondamentale, perché si associa a tassi di complicanze e mortalità drammatici. Il rischio di mortalità intraospedaliera è più che doppio, a parità di età e patologie, se è presente delirium. Il delirium è spesso causato da infezioni, scompensi metabolici e dell'equilibrio idro-elettrolitico, farmaci e altre condizioni morbose, spesso sottovalutate. Ad oggi il trattamento di gran lunga più prescritto per la cura sia dei BPSD che del delirium sono i farmaci che spesso "mascherano" il quadro clinico ritardando il riconoscimento delle cause somatiche scatenanti e se assunti per lungo tempo peggiorando

lo stato cognitivo e motorio.

È possibile contenere i BPSD senza ricorrere a farmaci? La risposta è sì. Il più delle volte i BPSD sono causati dall'incapacità dell'ambiente (e delle persone che "convivono" nell'ambiente) a tollerare tali disturbi e a rassicurare il paziente. Spesso è sufficiente non "rimproverare" il malato e non contraddirlo per risolvere il disturbo. Nel caso del delirium è invece necessario contattare un medico esperto che indaghi e possibilmente identifichi le cause scatenanti.

La letteratura ha chiaramente dimostrato che gli approcci non farmacologici sono efficaci e vincenti nella cura dei BPSD e del delirium, e che andrebbero utilizzati sempre e in prima battuta. Sono anche necessari incontri e convegni. Per aumentare la conoscenza del problema tra gli operatori sanitari e a diffondere le norme di "good clinical practice".

Intervento tenuto nel corso del Convegno Villaggio Amico - Giornata mondiale dell'Alzheimer, 21.9.2018. Villaggio Amico è una RSA di Gerenzano (VA), che si avvale delle più moderne terapie e tecnologie per l'assistenza e cura degli anziani, per persone diversamente abili, pazienti malati di Alzheimer, riabilitazione e assistenza a domicilio.



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

Insonnia e rischio di incidenti stradali

La mancanza di sonno viene riconosciuta come uno dei principali fattori che contribuiscono agli incidenti stradali, tuttavia l'insonnia può essere affrontata attraverso diversi approcci

L'insonnia compromette negativamente le performance alla guida; gli insonni, inoltre, sono in grado di guidare in modo sicuro solo per brevi periodi di tempo. La mancanza di sonno viene universalmente riconosciuta come uno dei principali fattori che contribuiscono agli incidenti stradali.

Uno studio recente ha dimostrato, dopo aver analizzato oltre 900 articoli, che oltre la metà dei guidatori soffre di disturbi della qualità del sonno (Sleep Quality Disorders, SQD), sollevando la questione di un periodico monitoraggio dei conducenti al fine di identificare quelli che potrebbero poi diventare responsabili di incidenti.

Il problema può raggiungere dimensioni particolarmente pericolose quando i guidatori sono, per esempio, autisti di mezzi pesanti. Lo conferma uno studio italiano che ha rivelato come, su un campione composto da quasi 1000 soggetti, il 27.5% soffriva di insonnia. Nei 3 anni precedenti i conducenti di camion con insonnia avevano riportato un numero significativamente maggiore di incidenti. Dopo correzione dei dati per fattori confondenti i camionisti insonni avevano un rischio quasi doppio di incidenti stradali (OR: 1.82) e un rischio più che triplicato di incidenti mancati (OR: 3.35) rispetto ai conducenti non insonni.

I dati della National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) stimano che nel 2009 gli incidenti con lesioni associati a situazioni documentate di sonnolenza sono stati 30mila (2% di tutti gli incidenti di

quell'anno). Inoltre, la National Motor Vehicle Crash Causation Survey sui veicoli rimorchiati dopo un incidente indicava che nel 3.2% dei casi la causa che aveva provocato il sinistro era un conducente assonnato o addormentato; il 7% riguardava conducenti che si erano messi alla guida in condizioni di affaticamento.

► Approcci terapeutici

Ribadita dunque la pericolosa relazione tra un sonno disturbato o carente e gli incidenti stradali è da dire che l'insonnia è un problema che riguarda un terzo della popolazione adulta che tuttavia può essere affrontata, con discreta efficacia, mediante numerosi accorgimenti. Prima di tutto le misure comportamentali per una corretta igiene del sonno, alle quali può essere talvolta opportuno associare un trattamento con farmaci ipnoinducenti, quali per esempio le benzodiazepine. Idealmente, un farmaco ipnoinducente deve migliorare la durata e la qualità del sonno ed essere privo di effetti residuali nelle ore di veglia.

Il rischio che un uso cronico di farmaci contro l'insonnia possa compromettere le performance alla guida di chi ne fa uso, e quindi contribuire a un ulteriore aumento del pericolo di incidenti stradali, è argomento di dibattito.

Ma a fugare le perplessità e le incertezze in merito a eventuali "strascichi" diurni del farmaco è stato condotto uno studio che ha confrontato le performance alla guida di utilizzatori cronici e occasionali di ipnoinducen-

ti in relazione a quelle di soggetti di controllo che non avevano problemi di insonnia. Sono stati definiti utilizzatori cronici i soggetti che facevano ricorso al sonnifero per 4 o più notti a settimana per oltre tre mesi mentre erano utilizzatori occasionali i soggetti che facevano ricorso al farmaco per 3 notti o meno a settimana. I soggetti dei tre gruppi sono stati sottoposti a valutazione delle performance cognitive (dopo 8.5 ore dall'assunzione del farmaco) e delle performance di guida (dopo 10-11 ore dall'assunzione). I risultati non hanno mostrato differenze nelle prestazioni e nelle competenze di guida nei due gruppi di pazienti insonni rispetto ai controlli, confermando che l'uso di farmaci per risolvere il problema dell'insonnia è sicuro. La scelta più opportuna cade su molecole a breve durata d'azione, da utilizzare al dosaggio minimo efficace e per un periodo di tempo contenuto. Fra le benzodiazepine ipnoinducenti, le molecole a emivita breve-intermedia, come lormetazepam, consentono una induzione rapida e duratura del sonno. Oltre alla rapidità d'azione, lormetazepam è in grado di ridurre il numero dei risvegli notturni anche in condizioni di rumorosità, un parametro di stabilità del sonno indotto.

Bibliografia

- Garbarino S et al. *PLoS ONE* 2017; 12(10): e0187256.
- Leufkens TRM et al. *Psychopharmacology* 2014; 231: 2851-65.
- Malish S et al. *Matern Child Health J* 2016; 20: 290-97.
- Perrier J et al. *SLEEP* 2014; 37: 1565-73.
- Tabrizi R et al. *J Inj Violence Res* 2018; 10: 53-59.
- Tefft BC. *Sleep J* 2018; DOI: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy144>

Anziani soli e maggior rischio di malattia

Il tema della correlazione tra anziani che vivono in uno stato di solitudine e maggior rischio di malattia è sempre più presente in letteratura. I medici hanno un ruolo chiave nell'illustrare ai pazienti anziani l'importanza delle interazioni sociali come parte di uno stile di vita sano

In Italia gli anziani che vivono da soli sono 3.5 milioni e di questi 2.3 milioni hanno più di 75 anni. Il 46% di loro percepisce meno di 1.000 euro al mese di pensione. Per la più elevata aspettativa di vita delle donne, fra queste ultime la percentuale di persone sole con >65 anni raggiunge il 62.5% mentre fra gli uomini è circa del 30%. Una solitudine che spesso si associa alla mancanza di reti familiari e sociali, a una salute fragile e ad uno scarso potere economico (dati Federanziani).

► Solitudine e malattia

Diverse segnalazioni che affrontano il tema della correlazione tra anziani che vivono in uno stato di solitudine e un maggior rischio di malattia sono presenti in letteratura. Secondo un recente studio, essere soli e non poter contare su una solida rete di rapporti sociali può aumentare per esempio il rischio di cardiopatia o ictus. Gli studiosi hanno esaminato 23 studi condotti su oltre 181.000 adulti, scoprendo che solitudine e isolamento erano associati a un +29% del rischio di cardiovascolopatia e a un +32% di pericolo ictus.

Gli autori scrivono anche che "i medici hanno un ruolo chiave da giocare nell'illustrare ai propri pazienti l'importanza delle interazioni sociali come parte di uno stile di vita sano" e che il suggerimento del medico potrebbe aiutare i pazienti ad uscire, quando possibile, dall'isolamento sociale.

Nella valutazione dello stato di salute di una persona, oltre alla clinica, assume

infatti sempre più importanza l'analisi della qualità di vita percepita, cioè del grado di benessere complessivo avvertito. La qualità della vita dipende anche dalle relazioni sociali che l'anziano riesce a mantenere o è aiutato a mantenere, soprattutto nelle età più avanzate (www.epicentro.iss.it/passi-argento).

Il Cardiovascular Health Study (USA) 2015 ha stabilito un'associazione fra dimensione della rete sociale della persona anziana e atrofia cerebrale: maggiori le connessioni sociali, minore l'atrofia (soprattutto ingrandimento ventricoli). È noto anche che isolamento sociale e solitudine facilitano l'insorgenza di depressione e di decadimento cognitivo. Recentemente la solitudine è risultata positivamente associata al "burden" di amiloide a livello della corteccia in soggetti anziani cognitivamente normali: si ipotizza così che la solitudine sia un sintomo rilevante per demenza nella fase preclinica (www.sigg.it; *Jama Psychiatry* 2016; 73: 1230-37).

► Scala di valutazione per la MG

Le scale di valutazione utilizzabili in clinica sono diverse. Una proposta è la "Short Scale for Measuring Loneliness" composta da soli tre item, che amplia notevolmente le possibilità di ricerca sulla solitudine nella popolazione più anziana (*Res Aging* 2004; 26: 655). La capacità di valutare il disagio da solitudine spesso anche solo interiore non sempre è adeguata alla gravità del problema; questo si propone con molteplici modalità e con significati clinici variabili.

Short Scale for Measuring Loneliness

- Quanto volte ti senti senza compagnia? Poche volte - Qualche volta - Spesso.
 - Quante volte ti senti tagliato fuori, dimenticato? Poche volte - Qualche volta - Spesso
 - Quante volte ti senti isolato? Poche volte - Qualche volta - Spesso.
- Il punteggio è 1 - 2 - 3.

Condizioni di salute degli anziani in Italia

In Italia, la speranza di vita a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne nel 2015) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media UE, ma dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori. Per le patologie croniche, nel confronto con i dati europei, emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni), con prevalenze più basse per quasi tutte le patologie e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente di 59% e 64%.

Il 37,7% degli anziani riferisce di aver provato dolore fisico, da moderato a molto forte, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, valore inferiore alla media UE e simile a quanto rilevato per la Spagna.

Il 23,1% degli anziani ha gravi limitazioni motorie, con uno svantaggio di soli 2 punti percentuali sulla media UE, principalmente dovuto alla maggiore quota di donne molto anziane in Italia. Le donne riportano meno frequentemente malattie croniche gravi ma più multicronicità e limitazioni motorie o sensoriali. Lamentano più degli uomini dolore fisico da moderato a molto forte (45,4% vs 27,6%). Tra le ultra80 la percentuale arriva al 58,6% vs 39,2% degli uomini (fonte Istat, 2017).