

M.D.

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

Anno XXI, numero 8 - 20 novembre 2014

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Il Mmg è il medico
più consultato per avere
informazioni sulla salute**

PROFESSIONE

12

**Ricette in sala da attesa?
Attenzione alle indicazioni
del Garante della Privacy**

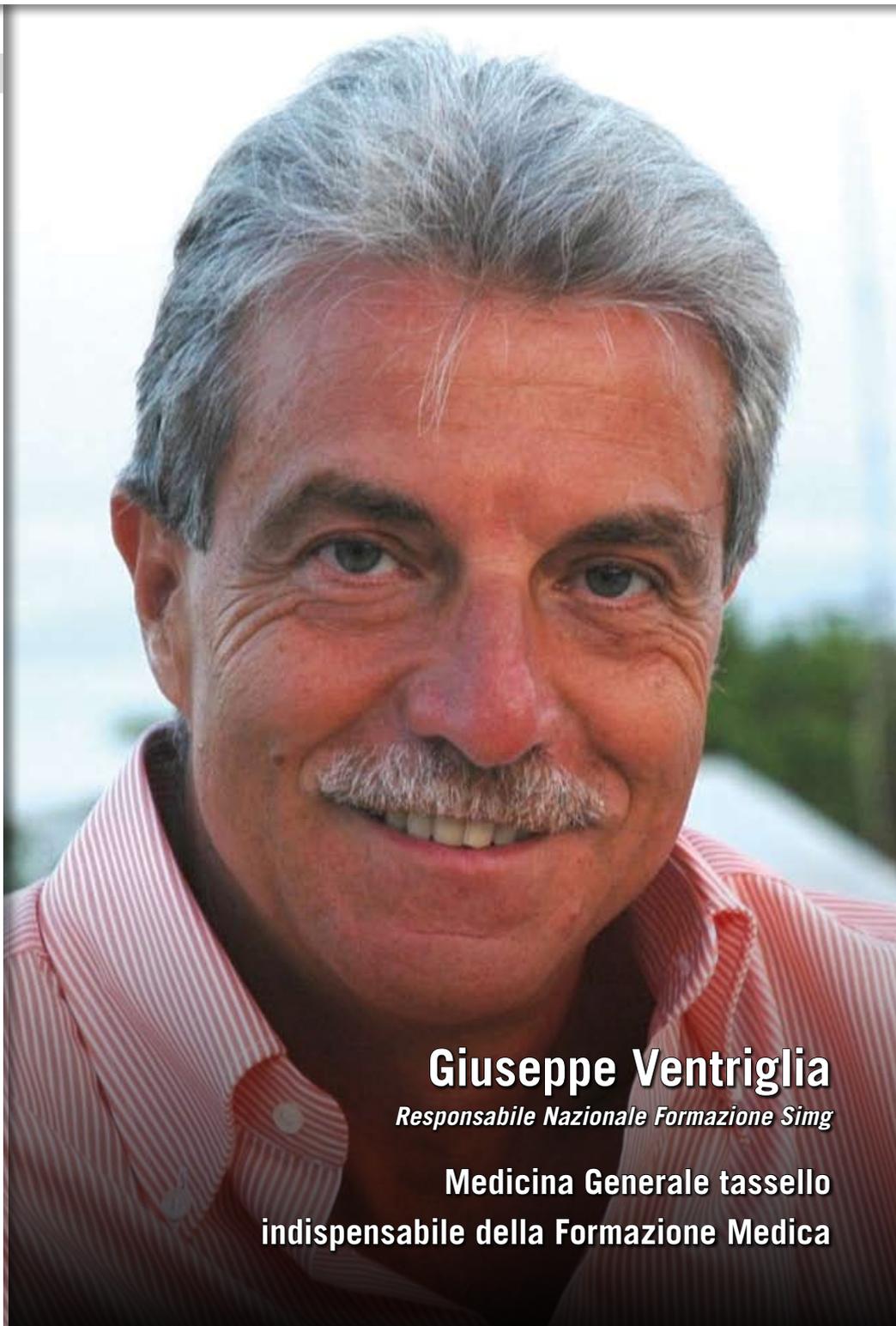
CARDIOLOGIA

22

**Studio IMPROVE-IT,
pietra miliare in prevenzione
cardiovascolare**

DIARIO AMBULATORIALE 30

**Il fine vita e l'emozione
del medico**



Giuseppe Ventriglia

Responsabile Nazionale Formazione Simg

**Medicina Generale tassello
indispensabile della Formazione Medica**



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
Valeria Fontana

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Medicina Generale, tassello indispensabile della Formazione Medica 5
- **Focus on**
Il Mmg è il medico più consultato per avere informazioni sulla salute 6
- **Intervista**
FNOMCeO chiede un tavolo tecnico sulla Formazione 8
- **Contrappunto**
Ricetta dematerializzata a caro prezzo e a suon di proteste 9
- **Riflessioni**
Il rinnovo della Convenzione può essere un'opportunità di cambiamento 10
- **Professione**
Ricette in sala da attesa? Attenzione alle indicazioni del Garante della Privacy 12
- **Confronti**
Capri espiatori di sistemi sanitari in crisi 18
- **Appunti**
I guadagni del medico di famiglia: quello che i numeri non dicono 19
- **Tribuna**
Non siamo né lavativi né fannulloni 20

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Studio IMPROVE-IT, pietra miliare in prevenzione cardiovascolare 22
- **Diagnostica**
Il nuovo scenario del monitoraggio della glicemia 24
- **Geriatría**
Effetti dell'invecchiamento sulle funzioni corticali 25
- **Oncologia**
Alimentazione, metabolismo e tumori: cosa si sa, cosa si saprà 26
- **Reumatologia**
Quando è l'uomo ad essere vittima dell'osteoporosi 27
- **Urologia**
La terapia delle infezioni urinarie nel paziente diabetico 28

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
Il fine vita e l'emozione del medico 30
- **Clinica**
Depressione, ansia e disturbi neurocognitivi 38
- **Terapia**
Terapia anticoagulante nel paziente anziano: criticità nella real life 40
- **Saper fare**
Utilità diagnostica e terapeutica della paracentesi ecoguidata 44

Medicina Generale, tassello indispensabile della Formazione

La formazione in Medicina, mai come in questi tempi, è al centro del dibattito politico e istituzionale. A portarla alla ribalta i recenti fatti di cronaca relativi ai test di ingresso alle Scuole di Specializzazione, invalidati e poi riabilitati da uno *stop and go* del Ministero dell'Istruzione. Molte sono le proposte sul tavolo su come cambiare l'iter formativo dei giovani medici, prima che tutto il sistema collassi. In un tale contesto, assume particolare rilevanza il riconoscimento della 'dignità didattica' della Medicina Generale (MG) come tassello indispensabile della formazione medica. Ne è convinto **Giuseppe Ventriglia**, responsabile nazionale Formazione Simg. "Le cure primarie hanno un'importanza strategica per l'assistenza sanitaria, ma la formazione universitaria di per sé esalta ancora la medicina specialistica e tecnologica - dichiara Ventriglia a *M.D.* - non contemplando affatto un dato di realtà: il 40% circa dei laureati in Medicina opererà sul territorio come medico di famiglia o nell'ambito delle strutture territoriali delle Asl. A questi medici si chiederà di riconoscere situazioni, comportamenti e persone a rischio, di diagnosticare, di curare malattie senza alcuna limitazione di genere, età, tipologia dei disturbi. Tutto ciò dovrà essere fatto in maniera integrata con gli altri livelli assistenziali e secondo tempi dettati da problemi organizzativi. L'operato dei Mmg dovrà inoltre essere espletato nel rispetto dei principi dell'economia sanitaria, della Ebm, delle norme limitative della prescrizione, delle varie incombenze burocratiche e mantenendo sempre aggiornate le conoscenze. Si tratta di competenze specifiche che vanno perfezionate nel tempo e necessitano di essere acquisite sin dall'inizio del corso di studio universitario".

La battaglia della Simg sul riconoscimento universitario della MG come disciplina autonoma parte da lontano, il primo congresso Simg che ha portato alla ribalta questa criticità è datato 1990 "Sono passati 25 anni - evidenzia Ventriglia - e da questo punto di vista non si è mosso nulla. Oggi molti Atenei hanno utilizzato e utilizzano gruppi di Mmg chiamati a svolgere un fondamentale ruolo didattico tutoriale, però i Dipartimenti universitari di Medicina Generale, ben presenti in molti altri Paesi, anche al di fuori dell'Europa, in Italia non sono mai nati".

"Va da sé però - tiene a precisare - che la scuola di formazione in Medicina Generale deve rimanere ed essere fondata principalmente sulle esperienze professionali e formative che nascono nello studio del medico generale-tutor, perché imparare la MG fuori dall'ambulatorio del medico di famiglia è come imparare la silvicoltura in un pur meraviglioso negozio di legnami".



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

Il Mmg è il medico più consultato per avere informazioni sulla salute

Malgrado cresca l'utilizzo di Internet da parte degli italiani nel ricercare notizie e informazioni di salute, il Mmg resta in ogni caso la fonte d'informazione più interpellata. A rivelare ciò l'edizione 2014 del Monitor Biomedico, presentata di recente a Roma, in cui sono delineati i comportamenti, le aspettative e i problemi dei cittadini italiani rispetto alla salute, alla sanità e ai farmaci

L'edizione 2014 del Monitor Biomedico, l'indagine condotta periodicamente dal Censis nell'ambito del Forum per la Ricerca Biomedica che fa il punto sulle questioni chiave della sanità italiana, presentata di recente a Roma, rivela che il 70% degli italiani si ritiene informato sulla salute, ma il 55% teme la confusione da eccesso di informazioni. Il Mmg è la fonte di informazione più consultata seguito dallo specialista (tabella 1). Il 49% giudica inadeguati i servizi sanitari della propria Regione, addossando la colpa alle liste d'attesa e all'iniquità dei ticket. Inoltre, per il 35% i farmaci garantiti dal Ssn sono insufficienti. L'indagine è stata realizzata su un campione nazionale di 1.000 individui adulti, rappresentativo per ripartizio-

ne geografica e ha analizzato anche l'evoluzione dei comportamenti sanitari nel contesto della crisi economica che il Paese sta attraversando.

► L'informazione sulla salute corre sul web

Più del 70% degli italiani si ritiene molto o abbastanza informato sulla salute, ma cresce la quota di coloro che temono il rischio della confusione causata dalle troppe informazioni (il 54.5% contro il 41% del 2012). Il medico di medicina generale rimane la fonte d'informazione più consultata dagli italiani (73%), seguito dallo specialista (27%). Cresce comunque il ruolo dei media; la percentuale di italiani che almeno qualche volta traducono in comportamenti le infor-

Tabella 1

Le fonti dalle quali si acquisisce la maggior parte delle conoscenze sulla salute, per titolo di studio (val. %)

	Nessuno/ Elementare	Licenza media	Diploma/qualifica professionale	Laurea o superiore	Totale
Medico di medicina generale	90.3	78.1	72.0	66.9	73.3
Familiari, parenti, amici, vicini, colleghi di lavoro	6.9	15.1	16.2	13.1	14.8
Farmacista	10.4	11.4	7.8	3.8	7.8
Medico specialista	49.2	24.5	24.0	29.7	27.0
Televisione	25.5	25.4	18.8	12.9	19.3
Radio	0.0	0.6	1.0	1.0	0.9
Pubblicazioni, riviste specializzate	1.4	5.0	7.5	11.4	7.3
Quotidiani con inserti salute	3.1	9.6	8.2	9.1	8.2
Associazioni dei pazienti	0.0	0.0	1.6	0.0	
Internet	0.0	9.6	21.3	29.1	19.2
Altro	0.0	0.5	0.5	2.5	0.8

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2014

mazioni sulla salute acquisite da trasmissioni televisive, radio, giornali, internet è passata dal 30% del 2012 al 48% del 2014. Si tratta più frequentemente dell'acquisto di integratori e vitamine (35%) o farmaci (25%), ma anche di modifiche al proprio stile di vita (26%). A utilizzare internet come fonte di informazione sanitaria è ormai il 42% degli italiani. Di questi, il 78% usa il web per informarsi su patologie specifiche, il 29% per trovare informazioni su medici e strutture a cui rivolgersi, il 25% per prenotare visite, esami o comunicare tramite e-mail con il proprio medico. Tuttavia l'accesso crescente all'informazione sanitaria non elimina alcuni aspetti problematici legati proprio alla pluralità di fonti e dati disponibili: aumenta rispetto al 2012 la quota di chi è convinto che troppe informazioni sulla salute rischiano di confondere chi non è esperto (rispettivamente 41.3% e 54.5%). E dunque per migliorare l'informazione sui servizi e le strutture sanitarie, il 57.3% pensa che i medici di medicina generale dovrebbero avere la responsabilità di dare informazioni circostanziate ai pazienti e guidarli verso le strutture più adatte, il 42.6% che gli Uffici Relazioni con il Pubblico (Urp) e gli sportelli delle Asl dovrebbero offrire informazioni più precise e articolate.

Gli italiani quindi hanno fiducia nei medici, ma l'aderenza alle prescrizioni da parte dei pazienti varia a seconda della gravità della patologia. Nel caso di malattie gravi, nel 90% dei casi le prescrizioni del medico sono seguite scrupolosamente nelle dosi e nella durata. Se la malattia è meno grave, invece, aumentano l'*empowerment*, le decisioni soggettive e l'autogestione: la percentuale di coloro che rispettano alla lettera le indicazioni del medico scende al 57%.

► Peggioramento del Ssn e Paese spaccato

È molto diffusa la percezione che la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica si vada riducendo, con punte di grave malcontento nelle Regioni meridionali. Il 49% degli italiani giudica inadeguati i servizi sanitari offerti dalla propria regione, ma la percentuale si riduce significativamente al Nord-Est (27.5%) e aumenta nettamente al Sud (72%). Seppure la maggioranza degli italiani ritiene che il Servizio sanitario della propria regione sia rimasto uguale negli ultimi due anni, in particolare al Nord-Est (70%), il 38.5% rileva un peggioramento, e ad avere questa opinione sono soprattutto i residenti del Mezzogiorno (46%). Per il 64% degli italiani il rapporto con le strutture sanitarie pubbliche è messo in seria crisi dalla lunghezza delle liste di attesa, un aspetto considerato eccessivamente negativo. Negativo è anche il giudizio sulla chiusura dei piccoli ospedali: il 67% si dichiara contrario, perché costituiscono un presidio importante (44%). Cresce anche la quota di coloro che reputano negativa l'attribuzione di maggiori responsabilità alle regioni (il 36% di oggi contro il 30.5% del 2012).

► L'impatto della crisi e l'aumento del "fai da te"

A causa della crisi, nell'ultimo anno il 53% degli italiani si è rassegnato a sopportare tempi di attesa più lunghi per effettuare analisi, visite e cure mediche nelle strutture pubbliche. Ed è aumentato il "fai da te": il 48% si è rivolto direttamente al privato per effettuare analisi, visite e cure a causa delle liste d'attesa, il 35% si è rivolto al privato per ricevere prestazioni di migliore qualità, e

due terzi degli italiani hanno sostenuto spese di tasca propria, in particolare per il ticket sui farmaci (66%) e sulle visite specialistiche (45.5%), o per le prestazioni odontoiatriche private (45.5%).

► Le malattie che fanno paura e il rapporto con i farmaci

Le malattie che fanno più paura sono i tumori (63%), seguiti dalle patologie che provocano la non autosufficienza (31%), quelle cardiovascolari (28%) e quelle neurologiche (26%). Anche a questo proposito aumentano le forme di autoregolazione: per mantenersi in buona salute, il 44% della popolazione dichiara di seguire una dieta sana e il 19.5% vorrebbe farlo, ma non ci riesce. La prevenzione coinvolge una parte consistente di italiani: il 43% effettua controlli medici una o due volte all'anno, mentre il 14% li effettua ancora più spesso.

Gli italiani attribuiscono ai farmaci un ruolo importante sia nella lotta alle malattie (per il 37% la finalità principale dei farmaci è proprio quella di guarire dalle patologie), sia rispetto alla gestione delle cronicità, visto che il 21% ritiene che i farmaci abbiano un ruolo importante nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti e nel garantire la possibilità di convivere a lungo con le malattie croniche. Per il 15.5% i farmaci devono svolgere una funzione di prevenzione delle malattie e per il 7% devono sconfiggere per sempre le patologie mortali. Il giudizio sul livello di copertura farmaceutica garantito dal Servizio sanitario nazionale è in prevalenza positivo, ma aumentano coloro che reputano insufficienti i farmaci garantiti dal Ssn: il 35% oggi contro il 31% del 2012. Il ticket è una tassa iniqua per il 45% degli italiani.

FNOMCeO chiede un tavolo tecnico sulla Formazione

Per poter affrontare le criticità emerse sull'attuale iter formativo, Luigi Conte, segretario generale dell'Ordine dei Medici, chiede con urgenza l'istituzione di un tavolo tecnico e richiama l'attenzione del Governo su tre questioni fondamentali: numero programmato; date certe e serrate per gli esami; acquisizione della specializzazione direttamente in corsia

Elisa Buson

Urge l'istituzione di un tavolo tecnico prima che la questione della formazione in Medicina 'esondi' sotto l'incessante pioggia dei ricorsi, travolgendo con un'ondata di fango la credibilità delle istituzioni e le speranze di migliaia di giovani studenti. Ne è convinto il segretario generale della FNOMCeO **Luigi Conte**, che in un'intervista a *M.D.* richiama l'attenzione del Governo su tre punti: mantenimento del numero programmato, date certe per gli esami degli aspiranti medici, acquisizione della specializzazione direttamente in corsia.

"Va istituito un tavolo tecnico - spiega Conte - un osservatorio per la valutazione dell'effettivo fabbisogno di medici", visto che il caos dei test e i conseguenti ricorsi al Tar hanno fatto lievitare i numeri, "passando dai 10.500 accessi programmati fino a quasi 14.500". Al tavolo tecnico dovrebbe sedersi "la rappresentanza istituzionale della professione medica, ovvero la Federazione degli Ordini - aggiunge Conte - poi il Ministero della Salute e le Regioni, che dovranno gestire l'inserimento dei medici nel sistema sanitario, e infine il convitato di pietra, il Miur, che eccede sempre nelle sue valutazioni contribuendo a

inasprire il problema". E proprio al ministro **Stefania Giannini** sono rivolte le critiche più dure: "Ci aspettiamo che abbandoni lo scellerato progetto di adottare il sistema francese - afferma Conte - perché il numero programmato va mantenuto, non servono soluzioni demagogiche che rispondono alle istanze della piazza".

► Le proposte

Sempre dal Ministro dell'Istruzione ci si attende poi un nuovo calendario per gli esami degli aspiranti medici, con una collocazione temporale fissa e stabile che permetta di entrare nel mondo del lavoro un anno prima. La FNOMCeO propone che gli studenti "smettano di fare esami con il quinto anno di medicina, per intraprendere al sesto anno solo tirocini pratici e attività professionalizzanti. Tra giugno, luglio e settembre - spiega Conte - potrebbero fare il tirocinio, a ottobre l'esame di abilitazione, a novembre quello di laurea e a dicembre quello per l'ammissione alla scuola di specializzazione o ai corsi di formazione in MG, in modo da iniziare a frequentarli nel gennaio dell'anno successivo". Per favorire l'accesso al mondo del lavoro, il segretario FNOMCeO

propone un ritorno al passato: "al ministro Lorenzin chiediamo di studiare delle forme per garantire l'ingresso nel Ssn anche senza il titolo di specialista, proprio come era una volta". Il titolo si potrebbe acquisire sul campo, "dopo 4-5 anni di frequenza di un reparto", durante i quali i giovani medici potrebbero essere "inquadri a un livello simile a quello di una caposala, ma con una formula del tutto originale - prosegue Conte - che può magari essere leggermente inferiore, dal punto di vista della remunerazione, rispetto agli attuali emolumenti degli specializzandi". Queste decisioni non si possono rimandare di continuo, perché il sistema formativo rischia il collasso, come denunciato anche dal presidente FNOMCeO **Amedeo Bianco** in una lettera indirizzata al premier Renzi: "per venire fuori da questa impasse - conclude Conte - serve un colpo di fantasia".



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

Ricetta dematerializzata a caro prezzo e a suon di proteste

Sono sempre più discordanti le voci che si sollevano sulla nuova ricetta dematerializzata. La sperimentazione avanza a macchia di leopardo in varie province italiane, e gli stessi medici impegnati in prima linea si dividono sul da farsi. La tanto decantata rivoluzione digitale procede lentamente e intanto c'è chi fa i conti

Eliana Parenti

Altro che ricette: l'unica cosa che si sta realmente dematerializzando in Italia sono i soldi del Servizio Sanitario Nazionale, per l'esattezza più di un milione di euro al giorno. A tanto ammonterebbe il costo della mancata rivoluzione della ricetta elettronica secondo le stime pubblicate su *Il Giornale*. I conti della giornalista Francesca Angeli sono un po' approssimativi, è vero, ma comunque trovano riscontro nei dati forniti dalla Fimmg Lazio, che nel 2012 ha registrato l'emissione di 60 milioni di ricette solo in questa Regione. Nell'articolo si tirano quindi le somme, arrivando a dedurre che i medici di medicina generale italiani producono ogni anno più di un miliardo di ricette, per un costo di quasi 400 milioni di euro: di queste, circa 160 milioni sono ricette inutilizzate (perché sbagliate o smarrite), con un costo di oltre 60 milioni di euro. Mettendo da parte il pallottoliere, salta comunque all'occhio il fallimento della ricetta dematerializzata, la cui sperimentazione continua a zoppicare in molte Regioni e fa sollevare la protesta dei medici di famiglia. In Liguria, per esem-

pio, il segretario della Fimmg di Genova **Angelo Canepa** ha minacciato di interrompere la sperimentazione. In Veneto sulle disfunzioni del sistema, è intervenuto il presidente dell'OMCeO di Verona **Roberto Mora**. A questo coro di disappunto si sono uniti i medici della Lombardia.

► Il caso Lombardia

In Lombardia, infatti, si registra un aspro scontro tra medici e Regione sulla cosiddetta ricetta "decolorata". "È bene chiarire che l'avvio della ricetta elettronica in Lombardia non attua una vera dematerializzazione - spiega l'Unione Medici Italiani (Umi) - perché il medico dovrà compilare sempre una ricetta cartacea. Si tratta di fatto di una 'decolorazione', cioè dalla ricetta rossa si passa alla ricetta bianca". Proprio su questo pezzo di carta, privo di qualsiasi valore legale, si è scatenato un putiferio. L'Unione Medici Italiani comunica che la Regione Lombardia si è rifiutata di stipulare un accordo con i Mmg per l'avvio della ricetta elettronica. "In tal senso - spiega la nota dell'Umi - l'Assessorato alla Salute

della Regione Lombardia ha inviato, contro il parere delle organizzazioni sindacali dei medici di Medicina Generale, una circolare applicativa alle aziende sanitarie. In particolare i medici avevano espresso le loro perplessità sulla volontà della Regione di avviare le nuove procedure senza una fase sperimentale che - secondo l'Umi - sarebbe stata necessaria, almeno sino a giugno del 2015, per consentire gli eventuali aggiustamenti che sarebbero potuti servire a raggiungere un'ottimale operatività". Contro questa circolare indirizzata alle aziende sanitarie, che elencava le disposizioni da inoltrare ai medici convenzionati, si è scagliato anche Snami Lombardia. Il sindacato ha addirittura accusato la Regione di utilizzare "metodi spicci e autoritari". "Per l'ennesima volta - scrive Snami in un comunicato stampa - sottolineiamo che i medici (e i farmacisti) non sono pronti a recepire tale incombenza. Gli applicativi gestionali di studio non sono aggiornati in tal senso". "Pensare che con una circolare - conclude la nota - si possa risolvere quasi istantaneamente il problema è quindi del tutto utopistico".

Il rinnovo della Convenzione può essere un'opportunità di cambiamento

Un cambiamento è necessario, non possiamo pensare che esigenze del sistema sanitario in evoluzione possano essere risolte da un Mmg con profilo professionale che risale alla istituzione della Legge 833 del 1978. I medici di famiglia possono essere autori di questo cambiamento e non solo passivi soggetti di una programmazione imposta dall'alto. Per questo motivo il nuovo Acn rappresenta un'opportunità da non perdere per aggiornare la nostra professione

Giovanni Filocamo

Medicina Generale, presidente della Cooperativa CMS CReG, Milano

In quanto Presidente della Cooperativa CMS CReG di Milano, ho partecipato, come osservatore, al Congresso dello Smi dal titolo: "Uno, un paese, un servizio sanitario, un contratto" svoltosi di recente a Roma. Ho avuto così l'opportunità di poter riflettere su diversi problemi posti dal rinnovo dell'Acn attualmente in discussione. Come medico di medicina generale, amo questa professione e comprendo le fortissime spinte a modificare il Sistema Sanitario Territoriale. Il mondo cambia, le istituzioni hanno impellenti necessità di contenimento della spesa, l'utenza e le patologie che affrontiamo si stanno modificando, le malattie emergenti richiedono una professione flessibile e adattabile ai cambiamenti non ingessata in ruoli burocratici o mansioni avvilenti.

Da diversi mesi è in atto una serrata discussione sull'Acn, che si può considerare, in estrema sintesi, una sorta di decreto attuativo della Legge Balduzzi (ahimé) e si propone di trasferire nella pratica, molte delle indicazioni previste da questa Legge. Non possiamo discutere sulle congruità della Legge vigente, è però utile considerare come la discussione sul nuovo contratto ci dia l'opportunità di segnalare il nostro punto di vista, la nostra idea del lavoro, le nostre criticità. Il contesto politico in cui stiamo vivendo è pieno di incertezze ed è importante dare i nostri suggerimenti, segnalare i nostri punti di vista.

A decorrere dal 1° gennaio 2017, l'Acn prevede la costituzione di un ruolo unico dell'assistenza primaria, che riunisce in unico ruolo i Mmg, la continuità assistenziale, la medicina dei servizi, l'emergenza sanitaria territoriale. Il ruolo unico dovrebbe servire a uniformare le anomalie normative e contrattuali, che hanno permesso trattamenti economici e tutele differenti fra operatori che svolgono attività simili. Il ruolo unico potrebbe ridurre le disparità di trattamento fra operatori sanitari, non istituendo grossi contenitori normativi, ma ripensando ad ambiti professionali flessibili, ridefinendone i ruoli professionali, le competenze e le retribuzioni. Il sistema di tutele potrà essere certamente migliorato a condizione di ridurre le inefficienze, gli sprechi quotidiani presenti nella professione.

Una delle principali risorse del nostro sistema sanitario è costituita dalle risorse umane, dai medici che quotidianamente lavorano. Non possiamo però chiedere comportamenti di alto profilo professionale a personale precario, svilito nei contenuti e nelle aspettative. Incrementare le tutele per i Mmg (riconoscimento delle ferie, salvaguardia delle colleghe in gravidanza, maggiori tutele in caso di malattia) potrebbe essere un aspetto qualificante del contratto. Certamente il ruolo unico comporta enormi problematiche

previdenziali e contrattuali che sarà difficile risolvere a breve, ma adeguarsi ai cambiamenti potrebbe contribuire ad arricchire la professione.

► Questioni d'organizzazione

La costituzione delle nuove unità organizzative (Aft e Uccp) potrebbe far presagire una maggiore coesione organizzativa sui medici, con una perdita di autonomia funzionale per maggiore controllo sul singolo professionista. Questo rischio, tangibile, va considerato. Si potrebbe sviluppare una strategia per ridurlo, salvaguardando autonomia e migliorando le professionalità, affidando la direzione delle Aft e Uccp ai Mmg, provenienti dalla professione e non a *provider* aziendali. Il confronto "fra pari", con una *governance* interna, potrebbe essere lo strumento per introdurre le modificazioni professionali necessarie a implementare le forme associative della Medicina di Famiglia.

Bisogna però tenere ben presente che l'istituzione dell'h24 7/7 è una pseudoriforma. Attualmente l'h24 è affrontata dalla contiguità fra medicina generale e continuità assistenziale. L'h24 7/7 era già presente nell'Acn del 2009/2010, la Legge Balduzzi ha solo ribadito quanto era già stato concordato. Si ha così la sensazione che la soluzione delle criticità attuali si possa raggiungere aumentando la disponibilità oraria dei professionisti, viceversa la criticità è quella di dare soluzione alla dicotomia fra incremento della cronicità e della spesa sociale e decremento delle risorse disponibili. La costituzione delle reti fra Mmg, analogamente a quanto visto per le reti delle aree

clinico-specialistiche, potrebbe dare una risposta a questa necessità, investendo però risorse in modo adeguato.

► Quale il ruolo dei CREG?

Dopo il 31 dicembre 2016, la Regione Lombardia provvederà unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali fino alla sottoscrizione del nuovo Acn. I Mmg saranno quindi obbligati a operare nelle forme associative se vorranno salvaguardare il livello di retribuzione raggiunto. Un CREG è di fatto una Aggregazione Funzionale che ha come obiettivo una migliore presa in carico di alcuni pazienti cronici selezionati da Asl Città di Milano. Osservazioni pubblicate di recente sui pazienti affetti da BPCO (Progetto Quadro, Studio Corrente, Studio Aderenza), hanno messo in evidenza come questa "presa in carico" più adeguata, comporti una riduzione dei costi sostenuti per fornire ai pazienti prestazioni sanitarie fra cui visite specialistiche e accessi ospedalieri. A fronte di queste osservazioni, sembra quindi che non sia solo l'h24 l'unica soluzione dei problemi del Ssn, ma possa essere la presa in carico del paziente cronico, la più adeguata risposta professionale alla crisi che stiamo vivendo. Il CREG, tramite il Centro Servizi, già svolge la funzione di connessione fra Mmg e area cliniche specialistiche e potrà potenziare la sua attività anche su un numero di pazienti maggiore dell'attuale.

► Ma per il cambiamento servono risorse

Indipendentemente da quale saranno le future decisioni, è impor-

tante considerare che non sarà possibile modificare il nostro assetto organizzativo senza investire risorse nel cambiamento. In altre parole, non si può incentivare una modifica strategica della professione "a costo zero", possiamo ridefinire i criteri di destinazione degli incentivi ottenuti sinora, salvaguardare i livelli di retribuzione ottenuti con tanto impegno. La complessità della medicina può essere gestita solo da professionisti consapevoli, maggiormente responsabili anche se maggiormente indicizzati da indicatori clinici e programmatici. Ribadire che la riforma debba essere a "costo zero" è un controsenso, un'assurdità.

Noi medici di famiglia possiamo essere autori del cambiamento e non solo passivi oggetti di una programmazione imposta dall'alto, non dobbiamo perdere l'opportunità di aggiornare la nostra professione in questo nuovo Acn. La sfida è quella di considerare l'accordo collettivo nazionale come occasione per cercare nuove strategie di lavoro e di riorganizzazione delle nostre attività, fornendo alla Medicina di Famiglia una struttura organizzativa più moderna. Possiamo più o meno condividere la filosofia proposta dalla Legge Balduzzi, tuttavia, lavorare nelle aggregazioni funzionali è la futura sfida della medicina di famiglia. Proprio per questo è utile cercare di mettere a punto il sistema prima che diventi obbligatorio e verificare le migliori soluzioni possibili per la nostra professione. Un cambiamento è necessario, non possiamo pensare che esigenze del sistema sanitario in evoluzione possano essere risolte da un Mmg con profilo professionale che risale all'istituzione della Legge 833 del 1978, quindi a circa 30 anni fa.

Ricette in sala da attesa? Sì, se consegnate in busta chiusa

Il Garante della Privacy, in una missiva inviata al presidente della Fimmg e alla FNOMCeO, interviene per fugare ogni fraintendimento sulle modalità con cui i medici possono consegnare, ai diretti interessati o ad altri soggetti, prescrizioni e certificati

Stefania Piccolo

L'allarme lanciato dalla Fimmg sull'intensificazione dei controlli della Guardia di Finanza e sul rischio per i medici di famiglia di violare la legge sulla privacy, lasciando le ricette dei pazienti in sala d'attesa, andando così incontro a multe salate, ha portato Antonello Soro, Garante della Privacy, a mettere i puntini sulle i e a specificare che non c'è nessun problema al riguardo a patto che le ricette siano consegnate in busta chiusa e specificando che le prescrizioni e certificati medici possono essere ritirati anche da persone diverse dai diretti interessati, purché in base a una delega scritta da parte del paziente.

► L'antefatto

A fine ottobre il segretario provinciale della Fimmg di Genova, Angelo Canepa, aveva lanciato un'accurata raccomandazione ai suoi iscritti a non lasciare le ricette dei pazienti in farmacia, o nella sala d'attesa dello studio perché, da ottobre, la Guardia di Finanza, su ordine del Garante per la Privacy, avrebbe aumentato i controlli negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che rischierebbero fino a 50 mila euro di multa per violazione della legge sulla privacy.

Tale raccomandazione è stata ripresa e lanciata dagli organi di stampa, suscitando allarme tra i Mmg e pediatri. Da qui nasce l'ini-

ziativa del Garante della Privacy di inviare una lettera esplicativa a Stefano Zingoni, presidente della Fimmg, e alla Federazione dell'Ordine dei Medici.

Nella missiva Antonello Soro specificando infatti le ragioni del suo intervento, sottolinea che esso è nato dalla necessità di "evitare ogni possibile fraintendimento o strumentalizzazione" e di "fugare ogni dubbio in ordine a un eventuale 'accanimento' dei controlli ispettivi dell'Autorità, nei confronti dei medici di medicina generale". A tal fine precisa che prescrizioni e certificati medici possono essere ritirati anche da persone diverse dai diretti interessati, purché in base a una delega scritta da parte del paziente e mediante la consegna degli stessi in busta chiusa. Inoltre, qualora, il paziente lo richieda, il medico potrà consegnare la ricetta al farmacista o ad altro soggetto appositamente delegato, purché in busta chiusa. Entrando poi nel merito delle verifiche ispettive, spiega che - come evidenziato nelle Relazioni al Parlamento degli anni scorsi - esse sono riconducibili a una più ampia attività svolta dal Garante in ambito sanitario, funzionale alla tutela della riservatezza dei pazienti. Un obiettivo che deve essere perseguito sia rispetto a rischi connessi alle grandi banche dati sanitarie e alla sanità elettronica, sia rispetto ai trattamenti di dati sanitari di singoli pazienti, svolti da ciascun medico.

Capri espiatori di sistemi sanitari in crisi

La provocazione arriva direttamente dall'Australia viaggiando in rete: sul blog di Moyez Jiwa, professore di Health Innovation alla Curtin University e GP campeggia la discussione sul rischio di fare del Mmg il responsabile dei disservizi di sistemi sanitari da riformare

Simone Matrisciano

Risuonano le parole di **Barbara Starfield**, pediatra americana sul blog di **Moyez Jiwa**, professore di Health Innovation in Australia alla Curtin University e GP: "il medico di famiglia rischia di divenire il capro espiatorio di una situazione più grande di lui (<http://leanmedicine.co/primary-care-is-not-a-panacea/>). Se da un lato il Mmg viene percepito da anni come il cane da guardia del Ssn, il gatekeeper che deve sbarrare la strada a chiunque cerchi di accedere alle cure ospedaliere senza averne le credenziali, dall'altro è l'anello debole di una catena che rischia di spezzarsi tra *spending review* e riorganizzazione della sanità, il vaso di coccio tra vasi di acciaio". La domanda di cure primarie è in crescita a livello mondiale, le comorbidità e le cronicità la fanno da padroni. Tuttavia, scrive Jiwa: "la letteratura ci ricorda che i Mmg conoscono poco la biografia dei loro pazienti". Punto a loro sfavore, verrebbe da dire. Ma le cure primarie devono occuparsi per caso di divorzi, abuso di minori, debiti, solitudine o analfabetismo? Evidentemente no. Ma il nodo pare annidarsi proprio qui. "Nel migliore dei casi, continua Jiwa, le

cure primarie aiutano le persone ad affrontare i problemi, nel peggior aggiungono problemi. C'è infatti la possibilità che le difficoltà ad affrontare i problemi di salute abbia una base biologica, ma anche che i tentativi fatti per fronteggiare questi sintomi possano essere sbagliati". A causa di altri fattori, diversi da quelli biologici. "Se le cure primarie necessitano di riforme, prima di tutto bisogna riconoscere i limiti", conclude.

► L'anello debole

Argomento scottante anche in Italia, dove spesso si tende a vedere nelle prestazioni dei Mmg l'unica risposta (o comunque quella dominante) possibile alle patologie dei pazienti: senza contare che le comorbidità e le cronicità possono avere, e spesso hanno, molte cause alle loro spalle. E allora ecco che il Mmg diventa il capro espiatorio di una situazione non alla sua portata. Come nel caso del signor Rossi, il quale, con sospetta colica renale annessa, si ritrova a sborsare quattrini al Pronto soccorso perché il medico di famiglia non è dotato di ecografo. E il Pronto soccorso si affolla: ma per colpa di chi? Del

Mmg, che domande. Come noto, circa l'80% dei cittadini (esenti a parte) è chiamato a pagare dopo aver messo piede al Pronto soccorso: sono i cosiddetti codici bianchi e verdi, che comprendono sì molti casi che potevano essere trattati dal medico di famiglia, ma anche il signor Rossi di turno. Il cittadino allora cosa fa? È costretto a pagare, anche perché la medicina territoriale arranca e i medici rinviano i pazienti al pronto soccorso, facendolo scoppiare di codici bianchi e verdi, scatenando le ire su una classe di medici incapaci e responsabili del malfunzionamento della sanità. "Se la Regione ci dice che dobbiamo essere noi a valutare quella colica renale, ci deve anche fornire un ecografo, ma non è tutto, dichiara Brunello Gorini - Segretario provinciale Fimmg Treviso - perché serve pure l'allenamento: il medico di famiglia deve frequentare un corso abilitante per usare il macchinario e poi deve fare pratica, facendone molte in un anno. Deve trovare il tempo, e a spese di chi?". Insomma, sembra che il cammino da compiere sia ancora lungo prima che il signor Rossi, con la sua colica renale, riesca a farsi fare l'ecografia senza andare al Pronto soccorso.

I guadagni del medico di famiglia: quello che i numeri non dicono

Gli articoli recenti apparsi sulla stampa sui fantastici compensi dei medici di medicina generale e le reazioni suscitate dimostrano quanto i numeri da soli non raccontino sempre la realtà, se non vengono contestualizzati

Carlo Iannotti

Medicina Generale - Dirigente nazionale Smi, Benevento

Le notizie secondo cui i medici di famiglia con il loro "esiguo" lavoro guadagnerebbero cifre stratosferiche, alla fine si sono rilevate false, ma sono state strumentalizzate *ad hoc* in vista della contrattazione in corso per il rinnovo della convenzione.

Tutti, in questo dibattito basato sui numeri, sembrano aver dimenticato aspetti dirimenti del lavoro del medico di famiglia di cui sarà necessario e opportuno tenere conto nelle trattative per riportare la discussione sui giusti binari.

È bene innanzitutto specificare che il parametro individuato in convenzione per fissare il numero minimo di "ore da lavorare" non indica affatto le ore effettivamente lavorate dal Mmg, ma è solo un metro di misura che va vincolato, in incremento, alle scelte detenute dal medico di famiglia e quindi non ne fissa il tetto massimo. Nella pratica, infatti, un Mmg che ha dalle 1.200 alle 1.500 scelte lavora circa 7/8 ore al giorno, affrontando un ambulatorio che - a seconda delle stagioni dell'anno - è affollato mediamente da 30/40 assistiti sia nell'apertura mattutina sia in quella pomeridiana. Le ore

effettivamente lavorate si devono mettere in relazione a un carico di lavoro variabile e determinato da una domanda che, se non controllata da una adeguata offerta, vedrebbe il medico revocato e sostituito da altro più disponibile.

► Il lavoro dietro le quinte

Concluse le attività ambulatoriali con i suoi assistiti il Mmg deve fare i conti con altri numerosi adempimenti: aggiornamento cartelle cliniche; certificazioni varie (Inps, Inail, di malattia, scolastiche, porto armi, ecc.) che non è stato possibile compilare al richiedente in tempo reale; manutenzione informatica, aggiornamento degli archivi cartacei di svariate autorizzazioni (fisioterapia, registri Asl, piani terapeutici, ecc.). Restano poi da espletare le visite domiciliari richieste nella giornata, le visite ADI e ADP, da cui discendono altre adempimenti "burocratici" come la consegna della modulistica relativa alle richieste e la rendicontazione, (schede SVAMA, ritiro ricettari) che richiedono la presenza fisica del Mmg presso la Asl di riferimento. Rammento, in-

fine, che i giorni "non lavorati" vanno molto spesso destinati ai corsi di Educazione Medica Continua (Ecm).

In buona sostanza un medico che lavora cinque giorni la settimana, ha un monte orario costituito da circa 35/40 ore di ambulatorio a cui vanno sommate 10 ore di carico extra studio, oltre una mezza giornata (5 ore) di corsi Ecm per un totale di ben 50/60 ore settimanali. Rammento, inoltre, che per il Mmg malattie "brevi", straordinari e ferie non sono retribuite, così come non gode del Tfr. Quando si assenta il medico di famiglia deve pagare un sostituto.

Buona parte della retribuzione è destinata ai costi di studio (affitto, energia elettrica, riscaldamento/raffreddamento, telefono, ADSL, stampanti, fotocopiatrici, inchiostri, cancelleria, ecc.), a quelli relativi al trasporto, alla remunerazione della segretaria con relativi contributi (un massimalista paga circa 7.000 euro/anno di Irapp per lavoro organizzato). Se poi si considera la detrazione Irpef, ciò che resta in tasca al medico di medicina generale corrisponde circa al 50% della sua busta paga.

Non siamo né lavativi né fannulloni

Considerazioni di un medico di famiglia in pensione per chiarire alcuni aspetti del lavoro dei Mmg affinché la categoria non sia più indebitamente oggetto di gogne mediatiche

Regolo Ricci

Medicina Generale, Bojano (CB)

Qualche tempo fa è apparso su *Il Mattino* un articolo che accusava Mmg che, a fronte di stipendi favolosi (6.000 euro mensili), non effettuerebbero l'orario previsto di studio, determinando l'affollamento del Pronto Soccorso. Sarebbero, poi, tra i massimi responsabili delle spese del Ssn con le loro iperprescrizioni di indagini diagnostiche. Malgrado sia un Mmg in pensione dall'ottobre del 2013, desidero fare alcune considerazioni per chiarire taluni aspetti contrattuali dei medici di famiglia che continuano ad avere un ruolo determinante nel Ssn. C'è da chiarire subito che il Mmg non è un dipendente, ma un libero professionista convenzionato con il Ssn e come tale non ha diritto a ferie, non ha uno stipendio fisso, ma il suo onorario si basa sul numero dei pazienti che lo scelgono e possono ricusarlo quando vogliono. Non può contare sul TFR e se si ammala o si assenta deve pagarsi il sostituto. Sono a suo carico tutte le spese di gestione dello studio e l'assicurazione per rischi professionali che è obbligatoria. Va considerato, inoltre, che quando un Mmg ottiene l'incarico,

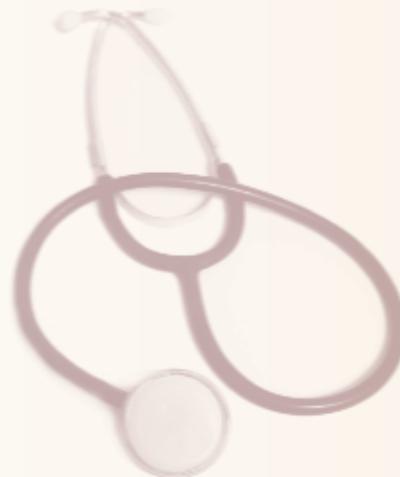
comincia a zero pazienti. Nel mio caso ho avuto un incremento costante, ma solo negli ultimi 10 anni ho potuto contare su più di 1.000 pazienti. Non tutti i Mmg sono massimalisti e pertanto la stima non si può effettuare su un introito di 6.000 euro che è riferita a 1.500 pazienti. Una media che si avvicina alla realtà è di circa 1.000 pazienti per Mmg. Come in tutte le professioni, però, c'è chi si adopera per onorare i propri impegni e chi utilizza scappatoie non sempre lecite per aggirare le regole. È innegabile che il carico burocratico dei Mmg abbia raggiunto dei livelli insostenibili che determinano un utilizzo improprio delle energie e delle professionalità sottraendo tempo prezioso all'attività clinica. D'altra parte, ci sono medici che operano in più studi, posti anche a più di 50 km tra di loro, per cui senz'altro creano qualche disservizio ai cittadini. Riguardo all'affollamento delle strutture ospedaliere va considerato anche il mutato atteggiamento dei cittadini riguardo alla salute che li porta a richiedere maggiori prestazioni e dall'incremento della "medicina difensiva", dovuto all'aumento dei contenzio-

si legali tra medici e pazienti. Gli ospedali per i continui tagli sono sottodimensionati e inoltre spesso i cittadini li utilizzano, bypassando il Mmg, per evitare le lunghe liste di attesa e il pagamento dei ticket.

Per usufruire al meglio del Ssn ed evitare che sia smantellato sotto la pressione delle lobby privatistiche e del malcontento dei cittadini, bisognerebbe: razionalizzare gli investimenti in base all'effettiva necessità del territorio; vigilare costantemente per evitare che il comportamento di pochi medici disonesti crei disservizi e sprechi di risorse pubbliche; informare costantemente i cittadini dei cambiamenti che avvengono nel modo della sanità, relativamente all'utilizzo razionale delle strutture sanitarie presenti sul territorio; disincentivare la disinformazione o "informazione parziale" alla ricerca di "scoop" sulla malasanià, che esiste, ma è a livelli inferiori di quanto si vuole far credere.

La maggior parte degli operatori sanitari, infatti, sono quotidianamente impegnati con onestà e professionalità nel proprio lavoro, ognuno per le proprie competenze, negli ospedali o sul territorio.

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

*Studio IMPROVE-IT, pietra miliare
in prevenzione cardiovascolare*

■ **DIAGNOSTICA**

Il nuovo scenario del monitoraggio della glicemia

■ **GERIATRIA**

Effetti dell'invecchiamento sulle funzioni corticali

■ **ONCOLOGIA**

*Alimentazione, metabolismo e tumori:
cosa si sa, cosa si saprà*

■ **REUMATOLOGIA**

Quando è l'uomo ad essere vittima dell'osteoporosi

■ **UROLOGIA**

La terapia delle infezioni urinarie nel paziente diabetico

■ CARDIOLOGIA

Studio IMPROVE-IT, pietra miliare in prevenzione cardiovascolare

È dimostrato che le statine riducono il rischio di eventi cardiovascolari del 35-45% ma, a dispetto della significatività del dato, questi farmaci non permettono di controllare del tutto l'insorgenza di eventi cardiovascolari, pertanto il rischio residuo per i pazienti che hanno già subito in evento cardiovascolare maggiore rimane elevato. È proprio su questo aspetto che si è concentrato lo studio IMPROVE-IT, il primo trial disegnato per stabilire se un ulteriore abbassamento del colesterolo LDL, a partire da valori già molto bassi fino a valori <55 mg/dL, possa determinare un ulteriore beneficio, in termini di riduzione di eventi cardiovascolari in soggetti in prevenzione secondaria, grazie all'aggiunta di ezetimibe alla terapia con statina.

► Un obiettivo centrato in pieno

Lo studio IMPROVE-IT ha raggiunto l'endpoint primario e tutti gli endpoint secondari compositi d'efficacia: i pazienti in terapia con ezetimibe/simvastatina hanno avuto un numero significativamente inferiore di eventi cardiovascolari maggiori (misurati dall'endpoint composito di mortalità per cause cardiovascolari,

infarto del miocardio non fatale, ictus non fatale, nuovo ricovero per angina instabile e rivascolarizzazione coronarica verificatisi a distanza di almeno 30 giorni dall'evento iniziale) rispetto ai pazienti trattati con la sola simvastatina. I risultati sono stati presentati al congresso dell'American Heart Association (Chicago, 14-19 novembre 2014).

"I dati dello studio IMPROVE-IT rappresentano una pietra miliare nella storia della prevenzione cardiovascolare secondaria - ha commentato **Gaetano De Ferrari**, Professore di Cardiologia, Scuola di Specializzazione di Cardiologia, Università degli Studi di Pavia - Si tratta dello studio con il maggior numero di eventi nella storia della cardiologia e questo ci ha permesso di confermare la teoria del "lower is better", cioè più bassi sono i valori LDL migliore è la prognosi del paziente. L'importanza di questa novità è tale da farci ritenere opportuno che le nuove linee guida siano riscritte in tempi brevi sulla base di questo studio".

Obiettivo del trial, che ha coinvolto oltre 18mila pazienti, era valutare se una riduzione spinta del livello di colesterolo LDL (al di sotto di 70 mg/dl) ottenuta associando ezeti-

mibe al trattamento con statina riduceva ulteriormente gli eventi cardiovascolari nei pazienti che, nonostante un trattamento con statine, continuano ad avere un rischio cardiovascolare residuo.

► Sintesi dei risultati

Nello studio IMPROVE-IT i valori di colesterolo LDL nei gruppi di confronto erano molto bassi. A 1 anno, il valore medio di colesterolo LDL era di 53 mg/dL nel gruppo in terapia con ezetimibe/simvastatina e di 70 mg/dL nel gruppo in terapia con simvastatina, con una differenza fra i gruppi di 17 mg/dL. Nel 2005, quando è stato avviato lo studio IMPROVE-IT, negli Stati Uniti il valore obiettivo di colesterolo LDL raccomandato per i pazienti con sindrome coronarica acuta e altri gruppi considerati ad altissimo rischio di eventi cardiovascolari era <70 mg/dL. I precedenti studi d'esito cardiovascolare sulle statine non avevano come target il raggiungimento di livelli così bassi di colesterolo LDL. All'avvio dello studio, il valore medio basale del colesterolo LDL era di circa 95 mg/dL. Tra i pazienti nuovi (naive) al trattamento (circa due terzi dei pazienti),

il valore medio basale di C-LDL era di 101 mg/dL. Tra i pazienti che all'arruolamento erano in precedente terapia ipolipemizzante, il valore medio basale di C-LDL era di 80 mg/dL.

I pazienti nello studio IMPROVE-IT sono stati inizialmente randomizzati a ricevere ezetimibe/simvastatina 10/40 mg o simvastatina 40 mg. I pazienti sono stati seguiti per un massimo di nove anni, con follow-up mediano di circa sei anni.

Oltre al risultato significativo relativo all'endpoint primario composito d'efficacia, i pazienti in terapia con ezetimibe/simvastatina hanno avuto riduzioni significative rispetto ai pazienti in terapia con simvastatina da sola, relativamente a tre endpoint secondari compositi d'efficacia, ovvero:

- l'endpoint composito di mortalità per tutte le cause, eventi coronarici maggiori e ictus non fatale si è verificato nel 38.7% dei pazienti in terapia con ezetimibe/simvastatina rispetto al 40.3% dei pazienti trattati con simvastatina da sola (hazard ratio: 0.948, p=0.034);

- l'endpoint composito di mortalità per cardiopatia ischemica (CHD), infarto del miocardio non fatale e rivascolarizzazione coronarica urgente con angioplastica primaria (PCI) o impianto di bypass aorto-coronarico (CABG) a distanza di almeno 30 giorni dalla randomizzazione si è verificato nel 17.5% dei pazienti con ezetimibe/simvastatina e nel 18.9% dei pazienti con sola simvastatina (hazard ratio: 0.912, p=0.016);

- l'endpoint composito di mortalità per cause cardiovascolari, infarto del miocardio non fatale, angina instabile documentata con necessità di ricovero, tutte le rivascolarizzazioni (coronariche e non coronariche) a distanza di almeno 30 giorni dalla randomizzazione, e ictus non fatale si è verificato nel 34.5% dei pazienti in terapia con ezetimibe/simvastatina e nel 36.2% dei pazienti trattati con simvastatina da sola (hazard ratio: 0.945, p=0.035).

► I commenti degli esperti italiani

“Si tratta di risultati che ci aspettavamo da molto tempo poiché sono passati quasi dieci anni dal suo inizio - ha commentato **Giuseppe Ambrosio**, Professore Ordinario di Cardiologia dell'Università di Perugia. La sua durata e gli obiettivi ambiziosi hanno aumentato l'attesa. La lunga durata dello studio è un fatto positivo per la comunità scientifica perché sono stati esplorati con maggiore precisione sia gli effetti collaterali sia gli effetti benefici, per i quali servono molti anni di follow-up. Il risultato è stato molto interessante per due motivi: intanto perché ha dato una solida base al concetto che il colesterolo particolarmente basso sia ulteriormente utile in pazienti che abbiano un profilo di rischio elevato; inoltre, dal punto di vista culturale emerge che questo abbassamento è stato ottenuto non ricorrendo solamente alla statina ma con un farmaco che ha

un meccanismo d'azione completamente diverso”.

Dello stesso avviso **Pasquale Perrone Filardi**, Professore di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli Federico II: “Tutto questo si dimostra per la prima volta con un farmaco non statinico: ad oggi l'ezetimibe è l'unico farmaco che riduce il rischio cardiovascolare nel range di colesterolemia al di sotto dei 70 mg/dl e questi mi sembrano dati essenziali. Non mi aspettavo questi risultati, pensavo che stessimo andando verso un possibile effetto 'plateau' dove il rischio cardiovascolare per ulteriori riduzioni ancora più intense della colesterolemia LDL fosse molto difficile da scalfire. Invece questi dati ci hanno dimostrato che stiamo ancora in una zona di possibile riduzione e che con l'ezetimibe oggi si può realizzare”.

“I risultati dello studio IMPROVE-IT sono estremamente interessanti perché ridurre i livelli di colesterolemia oltre livelli già rigorosi può portare un incremento nella protezione cardiovascolare nei pazienti ad alto rischio. Incremento che coinvolge non soltanto una riduzione degli eventi coronarici ma anche una riduzione molto significativa, superiore al 20%, degli eventi cerebrovascolari”, conclude il Professor **Giuseppe Mancia**, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Direttore Centro di Epidemiologia e Trial Clinici, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milano.

■ DIAGNOSTICA

Il nuovo scenario del monitoraggio della glicemia

Si è aperto un nuovo scenario nell'automonitoraggio della glicemia: è infatti disponibile anche in Italia FreeStyle Libre, il primo sistema di monitoraggio "flash" del glucosio che permette ai pazienti affetti da diabete mellito di ottenere un quadro completo del profilo glicemico, eliminando la necessità di pungersi il dito routinariamente.

FreeStyle Libre, frutto della ricerca Abbott, è composto da due elementi: un sensore da indossare e un lettore. Le caratteristiche del nuovo sistema ci vengono descritte dal Prof. **Stefano Genovese**, Responsabile UO Diabetologia e Malattie Metaboliche, Multimedita IRCCS, Sesto San Giovanni - Milano. "La lettura del livello di glucosio viene effettuata grazie al sensore che si applica sulla parte posteriore del braccio. Il piccolo sensore (dimensioni di una moneta da 2 euro) misura automaticamente il livello di glucosio nei fluidi interstiziali e ne memorizza continuamente i valori, giorno e notte, attraverso un sottile filamento che si inserisce sottocute e rimane fissato grazie al materiale adesivo. Il sensore, che non necessita di calibrazione, è progettato per rimanere applicato al corpo fino a 14

giorni e può essere indossato anche per nuotare, fare la doccia o attività fisica".

Il secondo elemento del sistema è il lettore, delle dimensioni di un piccolo cellulare, che viene fatto passare vicino al sensore. Il lettore non rileva solo il valore della glicemia in quel determinato momento, ma anche l'andamento delle ultime 8 ore e il trend glicemico.

"Il sistema utilizza un software evoluto (*Ambulatory Glucose Profile*) - continua Genovese - che riassume statisticamente i dati standardizzati della glicemia e li visualizza graficamente, con un'interfaccia chiara e intuitiva, in pattern glicemici giornalieri di immediata comprensione. Il software FreeStyle Libre può dunque aiutare il clinico di attuare le migliori strategie terapeutiche per un'ottimale gestione del diabete".

► Dalla parte dei pazienti

Salvatore Caputo, Presidente Diabete Italia, così commenta la disponibilità del nuovo sistema: "L'autocontrollo della glicemia è un potentissimo mezzo a disposizione dei

pazienti che effettuano la terapia insulinica, in quanto permette di variare di giorno in giorno la quantità di insulina da somministrarsi, in funzio-

ne delle molte variabili (per es. attività fisica, orario, qualità e quantità dei pasti). Accanto ai benefici però vi sono delle criticità: per un diabetico su due la puntura del dito è un motivo per non

testarsi e il 65% delle persone con diabete insulino trattato non misura correttamente la glicemia e vi è una indubbia associazione epidemiologica tra il mancato controllo e l'aumento del rischio di crisi ipoglicemiche. Quindi uno strumento che consente di controllare in ogni situazione ambientale livelli di glucosio senza usare le lancette pungidito non può che aumentare la libertà delle persone con diabete in terapia insulinica e migliorare la loro qualità di vita".



Ulteriori informazioni sono disponibili in: www.freestylelibre.it



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

■ GERIATRIA

Effetti dell'invecchiamento sulle funzioni corticali

Intorno ai 45-50 anni la fisiologia dell'uomo e della donna si modifica, con l'insorgenza, in particolare, rispettivamente dell'andropausa e della menopausa. Accanto a questi cambiamenti, si assiste anche all'evoluzione di alcune funzioni dell'attività mentale, soprattutto a causa dei processi ossidativi d'invecchiamento che, pur procedendo già a partire dalla nascita, subiscono un incremento nel corso del tempo. Le più importanti modificazioni riguardano le funzioni di tipo corticale, in particolare la memoria, il linguaggio, la concentrazione, pianificazione e progettazione, l'attenzione e il comportamento. Su questo tema *M.D.* ha intervistato **Simonetta Betti**, Responsabile Servizio di Psicologia Clinica, dell'IRCCS Policlinico San Donato (MI).

► Modifiche della memoria

“È noto che la perdita della memoria implica la perdita totale dell'identità, come accade nella malattia di Alzheimer e in disturbi cognitivi progressivi di tipo fondamentalmente vascolare. In ambito più fisiologico, ciò a cui si assiste con il passare degli anni, è una modifica della memoria soprattutto a breve termine, che diventa di

tipo 'qualitativo', di tipo semantico, legata allo stato emotivo. Le modificazioni sembrano perciò interessare maggiormente l'emisfero sinistro, deputato più alla logica, alla razionalità, al ragionamento matematico e proprio alla memoria a breve termine. L'emisfero destro, più legato alle immagini, al pensiero emotivo e alla memoria a lungo termine è meno soggetto ai cambiamenti con l'età.

► Linguaggio e altre abilità

Anche il linguaggio subisce delle modifiche, soprattutto se non viene esercitato. Se infatti si svolge una vita sociale attiva, l'organizzazione della comunicazione tende a essere mantenuta, altrimenti si può verificare una situazione afasica, in cui questa capacità del linguaggio va perdendosi. Un discorso analogo si può fare per quanto riguarda le capacità prassiche, in cui si può assistere - in maniera totalmente fisiologica - a una diminuzione della precisione dei movimenti fini. È interessante notare come l'aspetto emozionale, ampiamente coinvolto nel funzionamento della memoria a breve termine, riguardi anche l'attenzione, che diventa, con gli anni, sempre più selettiva e indirizzata a ciò che interessa 'veramente'.

A questo si aggiunge che le strategie di pianificazione e controllo tendono a essere meno automatiche e con maggiori necessità di organizzazione 'a tavolino'.

► Stress, ansia e depressione

Con l'aumentare dell'età il comportamento è maggiormente teso a evitare lo stress. Questo atteggiamento ha una motivazione anche 'ecologica', visto che nell'anziano, il recupero dei livelli fisiologici di neurotrasmettitori, adrenalina, noradrenalina e cortisolo, una volta terminato il periodo di stress, è molto più lento che nel giovane, con un maggiore rischio di stati d'ansia prolungati. Anche la depressione in alcune situazioni può insorgere più frequentemente con l'età. Questa condizione va gestita con un team che coinvolga Mmg, neurologo e psicologo, con l'intento di ridurre il ricorso all'antidepressivo che nell'anziano può dare più frequentemente un effetto paradossale o forte sonnolenza. La corretta diagnosi neuropsicologica ha proprio la funzione di stabilire il confine fra fisiologia e patologia dei cambiamenti che insorgono con l'età, al fine di indirizzare il paziente alla terapia farmacologica più adatta o alla riabilitazione cognitiva”.



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

■ ONCOLOGIA

Alimentazione, metabolismo e tumori: cosa si sa, cosa si saprà

■ Livia Tonti

Sempre maggiori evidenze suggeriscono che la dieta ad alto indice glicemico è un comune denominatore fra tumori e alcune patologie quali diabete, dislipidemie, ipertensione arteriosa, obesità, coronaropatia e demenze senili. Si tratta di un tipo di alimentazione basata su un elevato consumo di zuccheri, farine raffinate, grassi saturi e povera di semi e alimenti integrali. Diversi studi hanno mostrato come questo tipo di dieta sia spesso associata a insulino-resistenza, con iperinsulinemia e sindrome metabolica. L'iperinsulinemia aumenta la disponibilità di ormoni sessuali (e quindi verosimilmente lo sviluppo di tumori ormonodipendenti) e l'insulino-resistenza è associata a dismetabolismi e ad aumentati livelli di infiammazione, che favoriscono la comparsa e la progressione dei tumori.

L'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano ha in corso studi che hanno l'obiettivo di dimostrare che l'incidenza e la mortalità per cancro e per altre malattie croniche potrebbero essere prevenute anche attraverso il cambiamento delle abitudini alimentari. **Patrizia Pasanisi**, SC Epidemiologia e Prevenzione dell'INT Milano, ci illustra gli studi in corso.

▶ Studio DIANA-5

Il DIANA-5 è un trial di prevenzione secondaria. Si tratta del quinto di una serie di sperimentazioni che hanno dimostrato come modifiche della dieta siano in grado di ridurre i fattori di rischio ormonale, metabolici e antropometrici, in donne sane, in pre- o post-menopausa e in donne che avevano avuto una diagnosi di tumore della mammella.

Il punto di partenza è l'osservazione che la presenza di sindrome metabolica è associata a un rischio di tumore della mammella 2.6 volte più elevato rispetto a quelle non affette da questa condizione (*Tumori* 2012; 98: 1-18).

Il DIANA-5 ha ora reclutato oltre 2.300 donne tra i 35 e i 70 anni con una diagnosi di carcinoma della mammella negli ultimi 5 anni e considerate ad alto rischio di recidiva. Al reclutamento il 20% delle pazienti aveva sindrome metabolica. Il trial ha lo scopo di verificare se un percorso nutrizionale, piuttosto che semplici consigli all'inizio dello studio sulla base delle indicazioni del WCRF (Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro, www.dietandcancerreport.org) possa condizionare il rischio di recidive.

▶ Lo studio COS

Il COS si rivolge a donne portatrici della mutazione genetica BRCA. Il tumore della mammella ereditario rappresenta il 5% di tutti i tumori della mammella e circa la metà di questi è legata a mutazioni dei geni BRCA. Sebbene la presenza di queste mutazioni determini un aumentato rischio di sviluppare la malattia, non tutte le portatrici di mutazione si ammalano. Lo studio clinico, che recluterà 300 donne, ha l'obiettivo di elaborare raccomandazioni nutrizionali di prevenzione primaria alle famiglie ad alto rischio genetico di ammalarsi di tumore della mammella.

▶ Il progetto MeMeMe

È partito il reclutamento per partecipare anche al progetto MeMeMe. I tre "Me" stanno per sindrome Metabolica, dieta Mediterranea e Metformina. Il progetto intende prevenire le malattie croniche degenerative legate all'età attraverso una dieta più ricca di alimenti della tradizione mediterranea associata a una moderata attività fisica e alla metformina. Lo studio recluterà 2.000 persone.

● Per ulteriori informazioni sugli studi: patrizia.pasanisi@istitutotumori.mi.it.



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

■ REUMATOLOGIA

Quando è l'uomo ad essere vittima dell'osteoporosi

Quando si parla di osteoporosi viene spontaneo pensare che sia un problema quasi esclusivamente "femminile", ma le statistiche indicano tutt'altro. Recenti dati diffusi dall'International Osteoporosis Foundation (IOF) rivelano che un terzo di tutte le fratture d'anca avviene negli uomini, con un tasso di mortalità fino al 37% nell'anno successivo alla frattura: gli uomini risultano così avere un rischio doppio di morire dopo una frattura d'anca rispetto alle donne. Proprio a questa tematica è stato dedicato il report della IOF dal titolo "L'osteoporosi maschile: perché le cose devono cambiare", che ha puntato l'attenzione sul fatto che la possibilità per gli uomini di vivere una vita indipendente e libera dal dolore potrebbe essere seriamente compromessa se non vengono prese le adeguate contromisure contro questa condizione (si può selezionare la lingua del download e scaricare il documento in italiano da www.iofbonehealth.org).



disabilità causata da osteoporosi, poiché questa patologia nell'uomo è spesso ignorata a tutti i livelli. La scarsa consapevolezza che accompagna questa condizione negli uomini fa sì che esistano importanti lacune nella diagnosi e nel trattamento ed è per questo importante individuare i soggetti per cui è consigliabile realizzare degli approfondimenti, per gestire eventuali situazioni di particolare rischio". Sempre secondo il report IOF gli uomini che hanno subito una frattura a seguito di una caduta da un'altezza \geq alla propria statura, dall'età di 50 anni dovrebbero essere sottoposti a una valutazione per l'osteoporosi e il rischio di frattura. Oltre a coloro che si sono già fratturati, sulla base delle raccomandazioni della Endocrine Society degli Stati Uniti, si dovrebbe procedere a

una valutazione della BMD in presenza di particolari fattori di rischio per l'osteoporosi come:

- cause legate a fattori di stile di vita modificabili (elevato consumo di alcol, fumo eccessivo, esercizio fisico);
- cause relative a carenze nutrizionali (disturbi alimentari e basso indice di massa corporea, malassorbimento, carenza di vitamina D);
- cause legate a malattie e ai loro trattamenti (malattia renale cronica, BPCO, pubertà ritardata, eccesso di glucocorticoidi, HIV e terapia con inibitori delle proteasi, ipercalcemia, ipogonadismo, ecc).

Per quanto riguarda la prevenzione, è noto che l'esercizio può migliorare la BMD negli uomini anziani e riesce a diminuire il rischio di cadute. Secondo la Endocrine Society statunitense, gli uomini a rischio di sviluppare osteoporosi dovrebbero eseguire esercizi di scarico di peso - come camminare - per 30-40 minuti, 3-4 volte a settimana. Per la Prof.ssa Brandi "è consigliato mantenere un'adeguata assunzione di calcio e di vitamina D. La terapia è assimilabile a quella per le donne, anche se va sottolineato che le conoscenze sulla loro validità negli uomini sono più limitate per la mancanza di studi clinici dedicati".

► Dalla parte dei pazienti

Per **Maria Luisa Brandi**, Presidente FIRMO: "Gli uomini sono il 'sesso debole' in termini di mortalità e



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

■ UROLOGIA

La terapia delle infezioni urinarie nel paziente diabetico

Le infezioni delle vie urinarie (IVU) rappresentano una risposta infiammatoria dell'apparato uro-genitale all'invasione batterica.

L'incidenza di queste patologie varia in rapporto al sesso e alle diverse fasce di età, con una frequenza nettamente maggiore nel sesso femminile nella fascia di età compresa fra i 30 e 40 anni.

A prescindere dal sesso e dall'età, esistono però anche alcuni fattori predisponenti che favoriscono la comparsa di IVU: per esempio la presenza di determinate patologie può determinare un incremento sostanziale sia della frequenza che della severità dell'infezione urinaria. Tra queste, il diabete mellito rappresenta un fattore predisponente importante.

Infatti, nell'ambito della popolazione diabetica (oltre 3 milioni in Italia), il rischio di contrarre un'infezione urinaria aumenta moltissimo a causa della presenza in tale patologia di anomalie metaboliche, e di complicanze a lungo termine quali nefropatia e neuropatia.

Oltre ad un aumento della frequenza nell'ambito della popolazione diabetica, si assiste anche ad un aumento della severità rispetto ai soggetti non diabetici, con un decorso

spesso più complicato: infatti i batteri coinvolti non comprendono solo l'*Escherichia coli*, ma anche altri patogeni ancora più aggressivi quali *Klebsiella*, *Proteus* e *Pseudomonas*. La sintomatologia delle IVU nei pazienti diabetici è spesso simile a quella della popolazione non diabetica (disuria, frequenza e urgenza, con o senza febbre) ma spesso

l'infezione si complica anche a causa di un alterato controllo metabolico (ipoglicemia/iperglicemia) che può compromettere ulteriormente la capacità di difesa dell'organismo nei confronti dell'infezione.

Per questo motivo le Linee Guida internazionali EAU 2013 (*European Association of Urology*) classificano come complicata l'infezione urinaria nei pazienti con diabete mellito, accertata da urinocoltura.

A causa dell'aumentato rischio che nei pazienti diabetici l'infezione si caratterizzi da un decorso più complicato, risulta fondamentale un trattamento tempestivo ed adeguato, per evitare complicanze, fallimenti terapeutici o recidive, utiliz-

Tabella 1

I fluorochinoloni sono gli antibiotici di prima scelta nelle infezioni complicate raccomandati dalle "LG europee EAU 2013 sulle infezioni urinarie"

Antibiotici raccomandati per il trattamento empirico iniziale	<ul style="list-style-type: none"> • Fluorochinoloni • Aminopenicillina + BLI • Cefalosporina (Gruppo 2 o 3a) • Aminoglicoside
Antibiotici raccomandati per il trattamento empirico in caso di insuccesso iniziale, o per i casi più gravi	<ul style="list-style-type: none"> • Fluorochinolone (se non utilizzato per la terapia iniziale) • Ureidopenicillina (piperacillina) + BLI • Cefalosporina (Gruppo 3b) • Carbapenemi • Terapia di combinazione: <i>Aminoglicoside + BLI</i> <i>Aminoglicoside + fluorochinolone</i>
Antibiotici non raccomandati per il trattamento empirico	<ul style="list-style-type: none"> • Aminopenicilline, ad es. amoxicillina, ampicillina • Trimetoprim-sulfametossazolo (solo se è nota la suscettibilità del patogeno) • Fosfomicina trometamolo

BLI = inibitore delle betalattamasi

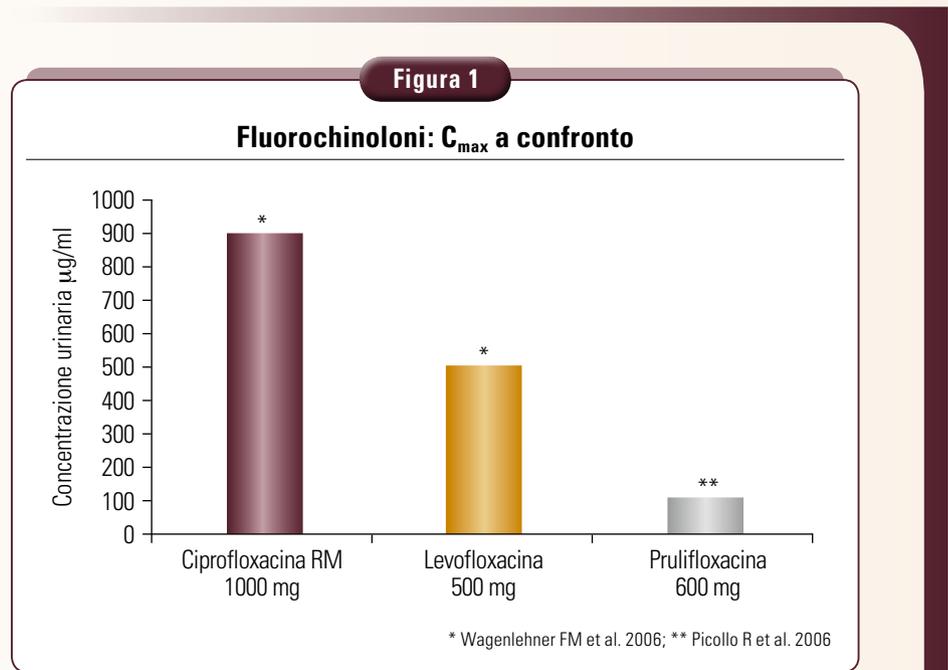
zando antibiotici in grado di raggiungere alte concentrazioni sia nelle urine che nei tessuti.

Per il trattamento empirico iniziale di IVU complicate, le linee guida EAU indicano come prima scelta i fluorochinoloni (tabella 1): questa classe di antibiotici, oltre a possedere un ampio spettro d'azione coprendo la maggior parte dei patogeni coinvolti, ha anche la capacità di raggiungere concentrazioni elevate sia urinarie che tissutali. La durata di trattamento suggerita dalle Linee Guida è di 7-14 giorni, quindi prolungare il periodo di somministrazione di tali regimi terapeutici di breve durata potrebbe comportare un fallimento terapeutico.

Non vengono raccomandati invece per la terapia empirica i seguenti farmaci: fosfomicina (attiva su *Escherichia coli* ma poco attiva su altre specie spesso coinvolte nelle IVU), trimethoprim-sulfametossazolo e le aminopenicilline (amoxicillina, ampicillina).

Tra i fluorochinoloni, la molecola più utilizzata nell'apparato urinario è la ciprofloxacina (dose terapeutica giornaliera 1000 mg), grazie alle sue caratteristiche peculiari di farmacocinetica, farmacodinamica ed al suo profilo di sicurezza.

Come l'intera classe dei fluorochinoloni, l'azione della ciprofloxacina è concentrazione-dipendente, di conseguenza la battericidia è direttamente proporzionale alla C_{max} della molecola. Per questo motivo è stata progettata ciprofloxacina RM 1000 mg, una formulazione a rilascio modulato in monosommini-



strazione, ottimizzando i parametri farmacocinetici e farmacodinamici, che garantisce rispetto ad altre molecole (figura 1), nelle prime 4 ore elevate concentrazioni urinarie che eccedono ampiamente le MIC 90 dei principali uropatogeni coinvolti, favorendone così un deciso attacco e una superiore battericidia oltre ad una adeguata ed efficace copertura antibatterica per tutte le 24 ore.

In conclusione, le IVU nel paziente diabetico sono molto frequenti. Per questi pazienti, le LG EAU 2013 suggeriscono di considerare qualsiasi IVU, accertata da urinocoltura, come IVU complicata e come tale dev'essere trattata in modo da raggiungere concentrazioni di farmaco il più possibile elevate, sia a livello urinario che tissutali che possano evitare possibili complicanze.

I fluorochinoloni forniscono la rispo-

sta a questo obiettivo e, nell'ambito di questa categoria, esistono formulazioni (come la ciprofloxacina RM in monosomministrazione) in grado di ottimizzare i parametri farmacocinetici/farmacodinamici, al fine di fornire un'opportunità terapeutica ancora più efficace, ottimale per un quadro clinico già compromesso come quello della popolazione diabetica.

Bibliografia

- Salzano L. 1.000 mg: il dosaggio terapeutico giornaliero della ciprofloxacina nelle infezioni urinarie. Razionale ed evidenze scientifiche. *Farmaci* 2013; 12 (3): 83-90
- Fünfstück R, et al. Urinary tract infection in patients with diabetes mellitus. *Clin Nephrol* 2012; 77: 40-8
- Tempera G. Le infezioni delle vie urinarie: 5 buoni motivi per parlarne ancora. Cosa c'è di nuovo nella microbiologia e nell'antibiotico-resistenza? *GIMMOC* 2011; vol XV, Q2, 70-74
- Blondeau JM. Current issues in the management of urinary tract infections: extended-release ciprofloxacin as a novel treatment option. *Drugs* 2004; 64: 611-628

Il fine vita e l'emozione del medico

Microcitoma polmonare: è la diagnosi che viene posta a Francesco, un quarantenne sposato e con un figlio adolescente. Il percorso di malattia, i suoi affetti, la riconciliazione con il figlio e il fratello sono la sua storia. Una storia in cui si specchiano il vissuto e i sentimenti del suo medico, perché la medicina di famiglia è anche emozione

Ivano Cazzolato

Medico di famiglia, Marcon (VE)

Psicoterapeuta

Didatta Istituto Terapia Familiare di Treviso

La storia di Francesco

Quando si ammala Francesco ha solo 44 anni. Sposato da tanti anni con Nicoletta, hanno un figlio 18enne, Luca, sensibile e introverso.

Ricordo ancora la scena che si era svolta in studio. Dopo una serie di accertamenti per una tosse persistente, Francesco porta la TAC del torace e, quella volta, si fa accompagnare da Nicoletta. La TAC, impietosa, referta un microcitoma polmonare e il radiologo invita ad eseguire ulteriori approfondimenti diagnostici.

► Comunicare la diagnosi

Nonostante l'esperienza del medico la comunicazione della diagnosi è sempre impegnativa. Con tatto cerco di metterlo a conoscenza della malattia in tutti i suoi risvolti. Immediatamente Francesco si rifugia in un meccanismo di difesa che è il processo di rimozione. Risponde alle domande come se parlasse di un altro, minimizza e razionalizza qualsiasi argomento inerente alla malattia. Ad un certo punto, Nicoletta, stizzita da questo comportamento del marito, insorge e girandosi verso di lui gli dice, non senza un certo livore: "Francesco, ti sta dicendo che hai un tumore, lo vuoi capire?" Nemme-

no questo intervento della moglie distoglie Francesco dalla rimozione.

► La rimozione della malattia

Iniziano i viaggi per la chemioterapia e lui, che lavora come commesso in un magazzino di ferramenta, continua ad andare al lavoro, tranne che per la settimana in cui fa la chemioterapia. Viene sempre personalmente in studio a chiedere il certificato medico, come se chiedesse quello di un suo amico ammalato e anche quando è visibilmente fiaccato dai farmaci iniettati, ingiallito e sofferente, parla di un altro e non di sé.

Quando le metastasi impietose come iene, mordono i suoi tessuti, reni e cervello, lui stoicamente resiste aggrappandosi alla rimozione e alla negazione e, nei momenti di sosta tra una terapia e l'altra, mentre le piastrine piano piano risalgono, si rivitalizza. Torna in studio per il certificato camminando con passo incerto ma con voce ferma, per parlare al medico della terapia che l'altro Francesco sta facendo: le cose stanno andando bene e il tumore che ha tentato di colonizzare il rene è stato fermato. Anche al cervello è stato fermato in un punto su due, ma lui è certo che si riuscirà a fermarlo anche nell'altro punto.

Un giorno che si trova nell'ambulatorio di oncologia per la solita

chemioterapia, manifesta un episodio improvviso di confusione e di disorientamento. Ricoverato in reparto, la degenza si prolunga per oltre un mese e mezzo. Dopo questo lungo periodo, la moglie chiede di portarlo a casa, visto le poche speranze e considerando anche che nel frattempo, grazie alle terapie, Francesco aveva manifestato dei segnali di miglioramento.

► A casa, tra flebo e affetti

Viene organizzata la dimissione e la famiglia si attiva per l'assistenza domiciliare. A casa sua Francesco si riprende, anche se è dimagrito di 15 chili e meravigliano i suoi grandi occhi blu in quel viso smarrito, la barba incolta scura, su uno sfondo terreo e gli occhi cerchiati di nero sempre più infossati come se volessero sprofondare per non vedere il dopo.

Adagiato sul suo letto in slip e maglietta il suo corpo è diventato come quello di un bambino 12enne, anche se la barba incolta così folta, richiama a un tempo in cui da quelle parti c'era un uomo. Sopra il cassetto, di fronte al letto troneggiano i farmaci, le garze, i disinfettanti gli aghi. Al fianco del letto c'è la carrozzina che Francesco adulto non avrebbe mai voluto utilizzare, ma il bambino proprio non ce la fa ad andare in bagno, nemmeno se sorretto. Però c'è anche la TV, il cellulare lì vicino, e tanti libri che per ora non ha voglia di leggere perché si stanca subito.

Le giornate calde e lente, trascorrono con il ritmo della flebo,

del farmaco da prendere, del cerotto di morfina da applicare, dello spuntino di metà mattina, della visita dell'infermiere, del medico, dei colleghi di lavoro che con affetto cercano di far sentire la loro vicinanza. A volte lui è più lucido e con la voglia di chiacchierare, a volte è soporoso e confuso e allora le visite si fanno brevi per lasciarlo tranquillo a riposare.

Ma lui aspetta sempre con ansia il pomeriggio perché Nicoletta, che nel frattempo lavora solo mezza giornata per assisterlo, lo lava, lo pettina, lo coccola e gli parla e lo ascolta. Quello è un momento solo per loro.

► La malattia, un'occasione di riconciliazione

Francesco che è originario del Sud, ha due fratelli più grandi: uno abita in un paese vicino e un'altro a Napoli. Con il fratello di Napoli, si erano interrotti i rapporti da più di 20 anni. Quando Francesco si ammala e dopo il lungo ricovero in ospedale, decide di telefonare al fratello di Napoli per dargli la notizia. Il fratello, turbato, lascia tutto e corre a trovare Francesco: i due si abbracciano a lungo e piangono insieme.

Ci vogliono alcuni giorni perché entrambi si raccontino del periodo che non si sono visti e frequentati, rammaricandosi del tempo perduto, ma nello stesso tempo, paradossalmente grati alla malattia che ha permesso questo riavvicinamento. Sarebbero mai riusciti a riconciliarsi in assenza della malattia?

Francesco nel frattempo sta di-

ventando sempre più consapevole e anche più sensibile. Per sua madre è uno strazio vedere il figlio in quelle condizioni e a volte, proprio non ce la fa a reggere il dolore. Una madre vorrebbe morire prima dei figli: sopravvivere ai figli è un dolore insopportabile.

Il padre di Francesco è deceduto già da 15 anni e con lui aveva un rapporto intenso di scambio di opinioni, di stima, di condivisione. Entrambi amavano la bicicletta e spesso andavano a correre insieme e partecipavano anche a gare locali.

Anche per suo padre quando era in vita, sapere che due dei tre figli non avevano rapporti tra loro era un grande dispiacere. Aveva tentato, con Francesco, visto la vicinanza, di intervenire e di mediare, ma lui si imbronciava e si irritava tantissimo e così suo padre aveva lasciato perdere.

Come afferma Vittorio Cigoli, quando entra in una famiglia la malattia, non interessa solo quell'individuo ma tutti e le risorse si intravedono laddove la famiglia è in grado di riorganizzarsi. Spesso rapporti interrotti vengono rinsaldati, come in questo caso. Ma la malattia è anche un'occasione per rivedere le relazioni, perché la persona ammalata che più o meno consapevolmente conosce il proprio destino, desidera svolgere al meglio tutti i suoi compiti di sviluppo prima di morire. Riconciliarsi con un fratello genera una ventata d'amore e di autostima e fa bene anche all'umore quando si devono affrontare terapie che comportano tanti effetti collaterali.

► Il rapporto padre figlio allo specchio

Preferisco andare a visitare i malati oncologici, senza che loro mi chiamino. Così è per Francesco. Ogni tanto lo vado a visitare. Il mese scorso, un giorno, lo trovo su di tono e con il figlio Luca che conversa con lui.

Luca quando si rivolge al padre, ha nella sua voce sempre un filo di irritazione, come se la rabbia fosse frenata per impossibilità di esprimerla. Sapevo del rapporto difficile tra questo padre e il figlio adolescente, prima ancora che Francesco si ammalasse.

Così mi siedo sul letto con loro due e mentre chiedo a Francesco come si sente, gli chiedo anche se ha più paura o più speranza. Lui mi guarda e con gli occhi lucidi mi dice che questa domanda è difficile perché si sente diviso a metà. Metà di lui ha la speranza ed è certo che anche se non guarirà, potrà controllare la malattia come ha fatto finora, l'altra metà, invece, ha paura, tanta paura.

A questo punto rimuginavo come aiutarlo nella relazione difficile col figlio adolescente e con la sua paura. Chiedo a Luca che cosa pensa di fare dopo le scuole superiori e lui, come tanti adolescenti, mi dice che non lo sa proprio, che non ha alcuna passione.

Per Francesco questa insicurezza del figlio è insopportabile. Allora chiedo sempre a Francesco quali, secondo lui, sono le materie che piacciono a Luca e lui mi risponde, sicuro, elencandole una dopo l'altra. "Allora Luca, quante ne ha

indovinate il papà?" "Tutte! È vero, quelle che il papà ha indicato mi piacciono tutte!"

La medicina di famiglia è anche emozione

Mentre parlo con loro due, penso al rapporto mio di adolescente con mio padre. Anch'io, quando mio padre si ammalò di tumore al mediastino, ho 18 anni e tanta rabbia con lui che freno a fatica, perché consapevole che quell'uomo è ammalato e che non vivrà per molto.

Decido di raccontare a loro due questa storia. Mio padre viene fatto prigioniero dai tedeschi in Jugoslavia, dopo il 1943 e portato in un campo di concentramento in Germania.

Prima di essere fatto prigioniero era tornato per una breve licenza a casa. Suo padre poi, l'aveva accompagnato al treno che lo avrebbe riportato al fronte. Durante la sua prigionia, mio padre scrive un diario che io avrei letto molti anni dopo la mia adolescenza. In una parte di questo diario, viene descritta la scena d'addio, tra lui e suo padre, prima di salire in treno.

È una descrizione struggente, dove mio padre sa che non rivedrà più il nonno perché è già ammalato di tumore. Il nonno abbraccia il figlio quasi trentenne con una tenerezza che in genere si riserva ad un bambino ed entrambi piangono e poi lui dal finestrino guar-

da quell'uomo per l'ultima volta, mentre il treno impietoso prosegue la sua marcia.

Ho tanto invidiato questo rapporto padre-figlio e la tenerezza che quel figlio era riuscito a mettere su quelle pagine, parlando del papà. Io pensavo alla mia rabbia di adolescente ribelle che non tollerava nulla e che contestava ogni affermazione.

I sensi di colpa mi attanagliavano perché non ero riuscito a congelarmi da mio padre come lui era riuscito a congelarsi con il suo, nonostante ci avessi provato. Il tempo, appena tre mesi, non mi aveva dato la possibilità, ma soprattutto la mia immaturità. In realtà lui aveva avuto meno tempo, ma attraverso quell'abbraccio entrambi erano riusciti a raccontarsi la vita dell'uno e dell'altro, senza parole.

Molti anni dopo, in occasione di una lezione all'Università, mentre parlo della famiglia del medico, proietto la foto della famiglia d'origine di mio padre, con tutti i fratelli e, subito dopo, la foto di mio padre, prigioniero, con il numero di matricola al collo. In quel momento mi assale una grande commozione e non riesco a trattenere il pianto. Gli studenti sorpresi osservano un lungo silenzio, rispettando la mia emozione, finché mi riprendo e mi scuso per quella commozione. Forse in quel momento ero riuscito finalmente ad abbracciare mio padre.

Alla fine del racconto, guardo Francesco e Luca: entrambi sono commossi e pure io che ho raccontato questa storia.

La medicina di famiglia, è fatta anche di questo.

con i primi progestinici altamente androgenomimetici, non possono essere estrapolati ai più recenti progestinici (come quello impiegato in questa specialità medicinale), che sono marcatamente meno, o per nulla, androgenomimetici. Di conseguenza la scoperta di una gravidanza in una paziente che assume un'associazione estroprogestinica non giustifica l'aborto. Se si verifica una gravidanza durante l'utilizzo del contraccettivo orale combinato, bisogna interrompere il trattamento. Non vi sono evidenze conclusive che gli estrogeni e i progestinici contenuti nel contraccettivo orale combinato possano danneggiare il feto se il concepimento avviene accidentalmente durante l'utilizzo del contraccettivo orale combinato (vedere sezione 4.3). **Allattamento** L'allattamento al seno può essere influenzato dai contraccettivi orali combinati, in quanto essi possono ridurre la quantità e modificare la composizione del latte materno. L'uso dei contraccettivi orali combinati deve perciò essere sconsigliato fino al termine dell'allattamento. Piccole quantità di steroidi contraccettivi e/o dei loro metaboliti possono essere escluse nel latte ma non vi è prova che ciò danneggi la salute del bambino. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari** BRILLEVE non è stato studiato in relazione agli effetti sull'abilità di guidare o di usare macchinari. **4.8. Effetti indesiderati** Vi è un incrementato rischio di tromboembolia venosa (TEV) per tutte le donne che usino un contraccettivo orale combinato. Per informazioni sulle differenze di rischio trombotico tra i contraccettivi orali combinati, vedere sezione 4.4. I seguenti effetti indesiderati sono stati riportati nelle donne che utilizzano contraccettivi orali combinati: *Complicanze relativamente rare che però richiedono la sospensione del trattamento:* • incidenti tromboembolici arteriosi (in particolare infarto miocardico, accidente cerebrovascolare, attacco ischemico transitorio); • incidenti tromboembolici venosi (flebite, embolia polmonare); • ipertensione, coronaropatia; • iperlipidemia (ipertrigliceridemia e/o ipercolesterolemia); • mastodinia grave, mastopatia benigna; • cefalee intense e insolite, emicrania, vertigini, alterazioni della vista; • esacerbazione dell'epilessia; • carcinoma epatocellulare, ittero colestatico; • cloasma; • neurite ottica, trombosi vascolare della retina. *Complicanze più comuni che non richiedono in genere la sospensione del trattamento, ma per le quali si può considerare l'uso di un'associazione contraccettiva orale alternativa:* • nausea, cefalee leggere, modifiche del peso (aumento o diminuzione), irritabilità, nervosismo, capogiri, pesantezza alle gambe; • tensione mammaria, dolorabilità al tatto, ingrossamento/aumento di volume, secrezione; • emorragie intermestruali, variazioni nella secrezione vaginale, oligomenorrea, amenorrea, dismenorrea, alterazioni della libido; • irritazione oculare con l'uso delle lenti a contatto. *Raramente:* • disturbi cutanei (acne, alopecia, seborrea, ipertricosi, rash, eritema nodoso, eritema multiforme) • umore depresso • vomito e crampi addominali • reazioni di ipersensibilità, compresi casi molto rari di orticaria, angioedema e gravi reazioni con sintomi respiratori e circolatori. Peggioramento del lupus eritematoso sistemico • peggioramento delle vene varicose • sensazione di gonfiore • intolleranza al glucosio e peggioramento della porfiria • pancreatite • colite ischemica • litiasi biliare • malattia infiammatoria dell'intestino (morbo di Crohn, colite ulcerosa) • diminuzione dei livelli sierici dei folati. *Altri effetti indesiderati che si possono presentare comunemente:* • Ritenzione di fluidi/edema, variazioni dell'appetito (aumento o diminuzione), vaginite, candidiasi • L'uso dei contraccettivi orali combinati è stato associato ad un aumento del rischio di: eventi trombotici arteriosi e venosi ed eventi tromboembolici, incluso infarto del miocardio, ictus, attacco ischemico transitorio, trombosi venosa ed embolia polmonare • neoplasia cervicale intraepiteliale e cancro cervicale • diagnosi di cancro mammario. • tumori epatici benigni (ad esempio iperplasia nodulare focale, adenoma epatico) I contraccettivi orali combinati possono peggiorare una patologia preesistente alla cistifellea e possono accelerare lo sviluppo di questa malattia in donne precedentemente asintomatiche. *Effetti alla sospensione del trattamento: amenorrea post-trattamento.* Quando si interrompe il trattamento si può osservare amenorrea con assenza di ovulazione (che si manifesta più frequentemente in donne con precedenti irregolarità del ciclo). In genere, questa si risolve spontaneamente. Se si protrae, prima di ogni ulteriore prescrizione, sono consigliabili indagini sulla possibilità di disturbi ipofisari. **4.9. Sovradosaggio** In conseguenza di un sovradosaggio possono presentarsi sintomi quali nausea, tensione mammaria, confusione, dolore addominale, sonnolenza/affaticamento, emorragia da privazione. Non vi sono antidoti specifici ed un ulteriore trattamento deve essere sintomatico. **5. Proprietà farmacologiche 5.1. Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: contraccettivi orali sistemici; Associazioni fisse estro-progestiniche. Codice ATC: G03AA10 I contraccettivi orali combinati agiscono mediante la soppressione delle gonadotropine. Benché il meccanismo primario di quest'azione è l'inibizione dell'ovulazione, altre alterazioni includono il cambiamento del muco cervicale (che aumenta la difficoltà dello sperma di entrare nell'utero) e il cambiamento dell'endometrio (che riduce la probabilità dell'impianto). Quando i contraccettivi orali combinati sono assunti costantemente e correttamente, la probabile percentuale di insuccesso è dello 0,1%; comunque nella pratica comune, la percentuale di insuccesso per tutti i contraccettivi orali è del 5%. L'efficacia della maggior parte dei metodi contraccettivi dipende dal loro uso corretto. L'insuccesso del metodo è più probabile se sono dimenticate delle compresse dei contraccettivi orali combinati. I seguenti benefici di tipo non-contraccettivo correlati all'utilizzo dei contraccettivi orali combinati sono supportati da studi epidemiologici che hanno largamente utilizzato formulazioni contenenti dosi superiori a 35 mcg di etinilestradiolo o 50 mcg di mestranolo. **EFFETTI SUL CICLO MESTRUALE** • miglioramento della regolarità del ciclo mestruale • diminuzione delle perdite ematiche e riduzione dell'incidenza di anemia da carenza di ferro • diminuzione dell'incidenza di dismenorrea. **EFFETTI CORRELATI ALL'INIBIZIONE DELL'OVULAZIONE** • diminuzione dell'incidenza di cisti ovariche funzionali • diminuzione dell'incidenza di gravidanze ectopiche. **ALTRI EFFETTI** • diminuzione dell'incidenza di fibroadenomi e malattia fibrocistica del seno • diminuzione dell'incidenza di malattia infiammatoria pelvica acuta • diminuzione dell'incidenza di cancro endometriale •

diminuzione dell'incidenza di cancro ovarico • ridotta gravità dell'acne. **5.2. Proprietà farmacocinetiche** Gestodene Il gestodene, in diverse formulazioni galeniche, è rapidamente e completamente assorbito fino a dosaggi di 125 mcg. Il gestodene non è sottoposto a un significativo "effetto di primo passaggio" ed è completamente biodisponibile dopo somministrazione orale (biodisponibilità: 99% circa). In seguito a somministrazione orale singola, l'emivita della fase terminale di distribuzione del gestodene nel siero è di circa 13 ore. Dopo somministrazione orale multipla di 75 mcg di gestodene + 20 mcg di etinilestradiolo, l'emivita è prolungata a circa 20 ore. La concentrazione massima nel siero si raggiunge dopo circa un'ora dall'assunzione. Nel siero, il gestodene si trova quasi esclusivamente legato alle proteine e solo una frazione minore del farmaco è presente in forma libera. È principalmente legato (50-70%) alla globulina che lega l'ormone sessuale, SHBG, ed in misura minore all'albumina sierica. Solo l'1-2% della concentrazione sierica totale si presenta come steroide libero. L'aumento di SHBG causato dall'etinilestradiolo produce un aumento della frazione legata al SHBG ed una diminuzione della frazione di gestodene legata all'albumina sierica. La condizione di stato stazionario viene raggiunta durante la seconda metà di un ciclo di trattamento quando i livelli sierici del farmaco aumentano di 3-5 volte circa. L'aumento della SHBG da un lato e l'alto grado di affinità di legame del gestodene a questa proteina dall'altro sono i principali fattori responsabili dell'accumulo del farmaco nel siero, nonché del prolungamento dell'emivita terminale del gestodene. Il gestodene è completamente metabolizzato attraverso la riduzione del gruppo 3-chetonico e del doppio legame D4 e attraverso una serie di idrossilazioni. Quando è somministrato contemporaneamente all'etinilestradiolo, non ci sono evidenze che la presenza di gestodene abbia un qualsiasi effetto sulla cinetica dell'etinilestradiolo. I livelli sierici diminuiscono in due fasi. Emivita terminale: circa 20-28 ore nel corso di somministrazioni ripetute. I metaboliti del gestodene sono escreti nell'urina (50%) e nelle feci (33%) con un'emivita di circa 1 giorno. **Etinilestradiolo** L'etinilestradiolo viene rapidamente e completamente assorbito dopo somministrazione orale. A causa di un "effetto di primo passaggio" di forte entità, la biodisponibilità media dell'etinilestradiolo è circa del 40-70% con variazioni individuali notevoli. La concentrazione massima nel siero si raggiunge in circa 1-2 ore dall'assunzione. Dopo somministrazione orale ripetuta, i livelli sierici dell'etinilestradiolo aumentano di circa il 25-50% rispetto alla dose singola, raggiungendo lo steady-state nella seconda metà di ciascun ciclo di trattamento. L'etinilestradiolo è altamente legato all'albumina sierica (ca. il 98%) ma non alla SHBG. Induce un aumento nelle concentrazioni sieriche della SHBG. L'etinilestradiolo è soggetto a coniugazione presistemica (fegato, mucosa dell'intestino tenue) ed a circolazione enteroepatica. La principale reazione ossidativa è la 2'-idrossilazione da parte degli enzimi del citocromo P-450. Un'ampia varietà di metaboliti idrossilati e metilati è presente come componente sia libera sia coniugata con glucuronidi e solfati. I livelli sierici diminuiscono in 2 fasi. Emivita terminale: circa 16-18 ore. L'etinilestradiolo viene escreto in forma metabolizzata, come glucuronidi e solfati, in misura del 40% ca. nelle urine e del 60% circa nelle feci. L'emivita dell'escrezione renale è di circa 28 ore. **5.3. Dati preclinici di sicurezza** Gli studi di tossicità animale per la valutazione del rischio nell'uomo sono stati eseguiti sia su ciascun componente del preparato, l'etinilestradiolo ed il gestodene, sia sulla loro associazione. Studi di tossicità acuta non hanno indicato alcun rischio di effetti indesiderati acuti in casi di ingestione accidentale di multipli della dose contraccettiva giornaliera. Nessun effetto che potrebbe indicare un rischio inaspettato per l'uomo è stato osservato durante gli studi di tollerabilità sistemica dopo somministrazione ripetuta. Studi di tossicità a lungo termine con dosi ripetute per la valutazione di una possibile attività oncogena, non hanno evidenziato un potenziale oncogeno nel caso di un uso terapeutico del preparato nell'uomo. Comunque, è da tenere presente che gli steroidi sessuali possono favorire la crescita di alcuni tessuti e tumori ormono-dipendenti. Gli studi di embriotossicità e teratogenicità dell'etinilestradiolo e la valutazione negli animali degli effetti dell'associazione sulla fertilità, lo sviluppo fetale, l'allattamento ed il comportamento riproduttivo della prole non hanno dato indicazione di un rischio di reazioni avverse nell'uomo a seguito dell'uso appropriato del prodotto. Nel caso di un uso involontario del prodotto dopo l'instaurarsi di una gravidanza, il trattamento deve essere immediatamente interrotto. Studi in vitro e in vivo condotti con etinilestradiolo e gestodene non hanno evidenziato un potenziale mutageno. **6. Informazioni farmaceutiche 6.1. Elenco degli eccipienti** • Nucleo della compressa • Calcio edetato disodico • Magnesio stearato • Povidone K-25 • Amido di mais • Lattosio monoidrato • Acqua purificata • Rivestimento della compressa • Povidone 90 F • Macrogol 6000 • Talco • Calcio Carbonato • Saccarosio • Cera di lignite • Acqua purificata **6.2. Incompatibilità** Non pertinente. **6.3. Periodo di validità** 36 mesi **6.4. Precauzioni particolari per la conservazione** Non conservare a temperatura superiore a 30°C. Conservare il blister nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce. **6.5. Natura e contenuto del contenitore** Blister in PVC/Alluminio. Confezioni da 1x21 compresse rivestite. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6. Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** Sandoz SpA - L.go U. Boccioni, 1 - 21040 Origgio (VA) **8. Numero di autorizzazione all'immissione in commercio** "30 microgrammi + 75 microgrammi compresse rivestite "21 compresse in blister PVC/Al AIC n. 039894023 **9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** 25/07/2013 **10. Data di revisione del testo** 11/2013.

Depressione, ansia e disturbi neurocognitivi

I disturbi neurocognitivi si manifestano con sintomatologia atipica e simulando quadri dello spettro ansioso-depressivo, ponendo al clinico problemi di diagnostica differenziale. Nel dubbio è necessaria la valutazione neuropsicologica per porre una diagnosi il più precoce possibile e per impostare un percorso terapeutico appropriato

Ferdinando Pellegrino *Psichiatra, Salerno* - **Giulia Brescia** *Psicologa, Salerno*

I disturbi neurocognitivi comprendono un gruppo di patologie in cui prevale il deficit delle funzioni cognitive; essi sono distinti in maggiori o lievi in rapporto al livello - inteso come un continuum psicopatologico - di compromissione di dette funzioni, valutabili clinicamente e con test neuropsicologici.

In molte circostanze tali disturbi, nella diversità dei sottotipi diagnostici esistenti si manifestano anche con sintomatologia atipica e aspecifica simulando quadri dello spettro ansioso-depressivo e ponendo problemi di diagnostica differenziale, soprattutto nelle prime fasi del processo morboso. Accade quindi che, talvolta per mesi o anni, vengono utilizzati ansiolitici ed antidepressivi, mentre in realtà si tratta di quadri demenziali non riconosciuti come tali.

L'espressività sintomatologica della depressione può, infatti, comprendere aspetti sia tipicamente affettivi sia cognitivi; l'esordio è spesso subdolo e caratterizzato da apatia, disinteresse per l'ambiente circostante, affaticabilità, difficoltà a sostenere e gestire la complessità del quotidiano e atipie comportamentali.

Dal punto di vista clinico, soprattutto quando si tratta di soggetti di

età poco superiore ai cinquant'anni con problematiche lavorative e familiari o con pregressi eventi traumatici, la diagnosi di depressione e il relativo trattamento antidepressivo sembrano congrui e mediamente entro tre mesi dall'inizio del trattamento si ottiene una remissione del quadro clinico.

In molti casi vi è associata una componente ansiosa e somatoforme, con sintomi quali irrequietezza, irritabilità, palpitazioni, sensazioni di bruciore allo stomaco, mal di testa. Non meno frequente è l'insonnia, nella molteplicità delle possibili manifestazioni cliniche (difficoltà ad addormentarsi, risveglio precoce mattutino, sonno non ristoratore, ecc); pertanto spesso all'antidepressivo per tali motivi si associa un ansiolitico che consente una migliore gestione di tali sintomi.

► Opportunità di ulteriori valutazioni cliniche

Dopo un breve periodo di tempo in cui sembrava esserci una remissione del quadro clinico la sintomatologia riemerge con gli stessi sintomi, talvolta diversamente associati tra loro; solo allora, a distanza di mesi o anni dalle prime manifestazioni sintomatologiche, ci si inter-

roga sull'opportunità di eseguire una risonanza magnetica nucleare e i test neuropsicologici.

Tuttavia tali quadri clinici possono essere compatibili con una fase iniziale di un disturbo neurocognitivo, come l'Alzheimer.

Una particolare attenzione deve quindi essere posta alla valutazione di un quadro clinico che si manifesta con sintomi dello spettro ansioso-depressivo, con o senza manifestazioni somatoformi, soprattutto quando insorge in età adulta, anche se correlato a eventi traumatici.

È indubbio che qualsiasi sintomatologia psichica ha una base biologica, ma siamo ben lontani dall'identificare i processi neurotrasmettitoriali che sottendono un quadro ansioso-depressivo e le aree cerebrali interessate a tale processo; tuttavia le neuroscienze si stanno affermando con ambiti di ricerca molto innovativi e interessanti aprendo le porte alla conoscenza delle basi biologiche delle patologie "psichiche". È pertanto di fondamentale importanza mirare a riconoscere le diverse sfaccettature dei sintomi per poterli ricondurre a patologie neurologiche già note, come l'Alzheimer, la malattia di Huntington, la sclerosi a placche o il morbo di Parkinson, patologie

che spesso insorgono con un quadro clinico indicativo di un disturbo psichico, come la depressione.

Pur nella gravità di tali patologie neurologiche una diagnosi precoce è comunque importante per mettere in atto idonei trattamenti e per inquadrare l'ambito clinico in cui muoversi per affrontare il disturbo. È inoltre opportuno ampliare l'applicazione dei test neuropsicologici poiché rappresentano importanti presidi di supporto alla valutazione clinica che comunque rimane fondamentale per la diagnosi.

Più in generale la neuropsicologia consente di operare in screening in grado di evidenziare anche minime alterazioni delle funzioni cognitive affinando la diagnostica differenziale. Inoltre, la valutazione di tali funzioni, importante anche nelle forme di sofferenza cerebrale secondaria a fattori vascolari, può essere di grande utilità nell'utilizzo di specifiche tecniche di terapia neuropsicologica in grado di rallentare il processo morboso recuperando ogni risorsa disponibile o compensando la presenza di un deficit cognitivo.

Considerando l'uso sempre più massiccio di antidepressivi e ansiolitici, spesso utilizzati in modo inappropriato, per il medico di famiglia diventa rilevante indirizzare correttamente la valutazione diagnostica in un'area così sfumata e incerta come appare spesso quella dei disturbi ansioso-depressivi.

► Esperienze ambulatoriali

Caso 1: *sindrome disesecutiva*

Paziente cinquantunenne, avvocato, sposato e padre di due figli. Si sottopone a valutazione neuropsicologica su invio dello psichiatra a cui si è rivolto, dopo una terapia di

tre mesi con antidepressivi, per una diagnosi di "stato d'ansia depressivo", in seguito ad un episodio di stato confusionale acuto. Il quadro sintomatologico presentato è caratterizzato da abulia, apatia, mutacismo, insonnia, difficoltà nell'intraprendere e nel portare a termine attività quotidiane tali da compromettere il funzionamento sociale e lavorativo del paziente. I familiari lamentano "un cambiamento di personalità" del paziente, descritto come iperattivo, continuamente impegnato in attività e hobby diversi e particolarmente interessato alla cura della propria persona.

All'anamnesi vi è un'ipertensione arteriosa e nessuna familiarità per alcun tipo di psicosi o demenza.

Dalla valutazione neuropsicologica emerge un disturbo del linguaggio ed in primo piano il deficit delle funzioni esecutive associati ad alterazione della personalità e del tono dell'umore con manifestazioni negative.

Tale quadro, supportato anche dai risultati della SPECT, è indicativo di una sindrome disesecutiva, caratterizzata da deficit cognitivi e/o disturbi comportamentali, emotivi e motori, e da un declino cognitivo.

Caso 2: *declino cognitivo*

Paziente femmina, sessantaduenne, laureata, bilingue, infermiera, sposata e madre di tre figli. Si sottopone a valutazione neuropsicologica su invio dello psichiatra, dopo una prima diagnosi di episodio depressivo maggiore.

Nell'ultimo anno è stata sottoposta a diversi interventi chirurgici all'utero e da qualche mese lamenta apatia, difficoltà di concentrazione nell'esecuzione di un compito, difficoltà nel portare a termine contemporaneamente attività diverse

e nel trovare il vocabolo appropriato durante una conversazione.

Dai test neuropsicologici eseguiti, dal colloquio e dalla valutazione informale emergono disturbi del linguaggio, disturbi a carico della memoria anterograda, della memoria di lavoro e delle funzioni esecutive, rallentamento ideomotorio associato ad apatia.

Quanto emerso sembra indicativo di probabile declino cognitivo di tipo cortico-sottocorticale di grado lieve.

Caso 3: *malattia di Alzheimer*

Paziente maschio, sessantatreenne, sposato e padre di tre figli. Dopo circa sei mesi dal pensionamento e dopo una cura con antidepressivi per tre mesi, si sottopone a valutazione neuropsicologica su invio del neurologo al quale si era rivolto, dopo aver notato: lieve disorientamento topografico, difficoltà nel ritrovare la parola durante una conversazione, difficoltà nel ricordare eventi recenti e nel riconoscere le persone, difficoltà nelle operazioni di calcolo e perdita dell'olfatto negli ultimi sette mesi.

Dall'anamnesi medica effettuata si rileva familiarità per le malattie neurodegenerative.

A livello funzionale il paziente è autonomo sia nelle attività di base che in quelle strumentali della vita quotidiana.

Relativamente alle funzioni esplorate l'esame neuropsicologico formalizzato ha evidenziato: lieve deficit di natura esecutiva, difficoltà a carico della memoria anterograda verbale e spaziale, deficit a carico del linguaggio, lieve prosopagnosia, disorientamento topografico associato alla perdita del canale sensoriale olfattivo. Quanto emerso è indicativo di una diagnosi di Malattia di Alzheimer di grado lieve.

Terapia anticoagulante nel paziente anziano: criticità nella real life

In pratica clinica ci si può affidare a linee guida, score e raccomandazioni cliniche per il trattamento anticoagulante dei soggetti anziani? Benefici e rischi vanno attentamente valutati sia con la TAO sia con i nuovi anticoagulanti orali

Tecla Marchese

*Geriatria e Malattie metaboliche
Clinical Co-Investigator
Diabetologia ASL T05*

Antonio Ferrero

*SC Cardiologia ASL T05
CdL Professioni Sanitarie Università
degli Studi di Torino*

I dati della letteratura segnalano che il 25% della popolazione generale svilupperà fibrillazione atriale (FA) nell'arco della vita e che la probabilità di veder comparire questa aritmia aumenta con l'invecchiamento. È noto, inoltre, che i pazienti con FA hanno un elevato rischio di stroke (circa 5 volte la popolazione in ritmo sinusale), a sua volta associato ad alto tasso di disabilità e mortalità.

Allo stato attuale delle conoscenze, l'unico presidio terapeutico in grado di ridurre sensibilmente questo rischio è rappresentato dalla terapia anticoagulante orale (TAO) con INR target 2.5. È altrettanto noto, anche se molto applicato nella

pratica corrente, che la profilassi antitrombotica con acido acetilsalicilico, nella FA, è sostanzialmente inutile e gravata da un discreto rischio emorragico.

L'indicazione al trattamento della FA non valvolare con TAO scaturisce dalla valutazione di uno score di rischio embolico: il CHA2DS2-Va-score (*tabella 1*).

L'indicazione al trattamento della FA non valvolare andrebbe considerata con la valutazione del rischio emorragico ricavabile da un altro score, l'HASBLED (*tabella 2*), dove un punteggio ≥ 3 identifica una situazione di rischio elevato e suggerisce prudenza nell'uso degli anticoagulanti.

Tabella 1

Stratificazione del rischio tromboembolico nella FA non valvolare: CHA2DS2-VASc SCORE

Fattori di rischio		Punteggio
C	Scompenso cardiaco classe NYHA \geq II e/o disfunzione ventricolare sinistra con FE<40%	1
H	Iperensione arteriosa	1
A2	Età \geq 75 anni	2
D	Diabete mellito	1
S2	Ictus e/o TIA e/o tromboembolia	2
V	Vasculopatia periferica, pregresso IMA, placche aortiche	1
A	Età 65-74 anni	1
Sc	Sesso femminile	1

Punteggio:

0 = basso rischio → nessuna terapia

≥ 1 = rischio \geq moderato → indicazione ad anticoagulante opzionale

≥ 2 = rischio elevato → indicazione ad anticoagulante

Tabella 2

Stratificazione del rischio emorragico: HASBLED SCORE

Fattori di rischio		Punteggio
H	Iperensione arteriosa	1
A	Anormalità funzionalità renale/epatica	1
S	Ictus/TIA	1
B	Sanguinamento/predisposizione a sanguinamento/anemia	1
L	INR instabile	1
E	Età >65 anni	1
D	Abuso di alcol, uso di farmaci antinfiammatori non steroidei, antiaggreganti	1

NB:

- Iperensione arteriosa se PA sistolica >160mmHg
- Anormalità della funzionalità renale: se dialisi, trapianto renale o creatininemia >200µmol/L (2.3mg/dL) e anormalità della funzionalità epatica se epatopatia cronica o bilirubina >2 volte i limiti superiori della norma ed AST/ALT >3 volte i limiti superiori della norma
- INR instabile si intende un monitoraggio INR con TTR<60%
- Abuso di alcol inteso come ≥8 drink/settimana

Punteggio ≥3 rischio moderato-elevato

► **Aspetti critici**

Dal confronto delle due tabelle emergono già alcuni aspetti critici. Alcune variabili compaiono sia nella tabella dei fattori predisponenti lo stroke e quindi fra le "prove" a carico dell'uso della TAO, sia in quella del rischio emorragico, quindi come elementi di limitazione. Focalizzando la nostra attenzione sull'età vediamo come avere più di 65 anni sia considerato un fattore di rischio emorragico (e ischemico) e non è difficile immaginare un anziano o un grande anziano che sia iperteso, con funzione renale o epatica non ottimali, che assuma altri farmaci attivi su coagulazione e aggregazione piastrinica e, soprattutto, che abbia predisposizione a sanguinamenti, traumi, anemia. Non a caso è facile trovare in letteratura lavori e pubblicazioni in cui gli Autori denunciano il sottoutilizzo della TAO proprio nella fascia di

popolazione in cui il vantaggio sarebbe maggiore e, comunque, superiore ai rischi. Uno studio multicentrico osservazionale del 2010 (ATA-AF) condotto in 164 reparti di Cardiologia e 196 di Medicina interna, su pazienti con FA con età mediana pari a 77 anni (53% maschi, 47% femmine), ha mostrato come la TAO sia stata intrapresa: nel 66.2% nei pazienti di età <75 anni e solo nel 53.1% dei pazienti >75 anni, nel 64.3% nei casi di FA permanente, nel 69.6% nei casi FA persistente e soltanto nel 37.4% nei pazienti con FA parossistica. Oltre ad essere sottoutilizzata la TAO era anche sottodosata essendo il tempo di range ottimale (TTR) in media pari al 55%, cioè i pazienti avevano un INR target in range ottimale di 2.0-3.0 soltanto per il 55% del tempo, anziché per un periodo >70%, come da raccomandazioni. Le conclusioni degli Autori e di altri

esperti che hanno commentato questi dati si possono sintetizzare: nella pratica clinica la TAO soffre di limitazioni: il sottoutilizzo, conseguenza, aggiungerei noi, dei giustificati timori di complicanze emorragiche, specie nel grande anziano e il dosaggio sub ottimale, che deriva dalle caratteristiche farmacocinetiche delle molecole che impongono, come è noto, controlli frequenti dell'INR, poco agevoli per il paziente e successivi aggiustamenti terapeutici, altrettanto avventurosi, per non dire avventuristici, nella già citata pratica clinica quotidiana. Quindi si potrebbe forse concludere che è vero che il rischio di stroke è maggiore nell'anziano e che forse, in teoria il benefici della TAO superano i rischi, ma se poi nella realtà circa la metà non viene messa in terapia e di questi solo la metà "sta in range" delle ragioni ci devono essere; per esempio la scarsa maneggevolezza della TAO e i rischi che, per quanto possano sembrare poco rilevanti rispetto ai vantaggi a ricercatori e statistici, in realtà, evidentemente, sono più temibili di quanto si possa ritenere stando seduti a un tavolo o dietro una cattedra.

Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO)

A questo punto entrano in scena i Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) di cui diamo una breve sintesi.

► **Dabigatran**

Inibitore diretto della trombina con emivita di 12-17 ore e eliminazione 80% renale; valutato nello Studio RE-LY è risultato non inferiore al warfarin al dosaggio di 110 mg bid (RR 0.91, p <0.001) e superiore al

warfarin al dosaggio di 150 mg bid (RR 0.66, $p < 0.001$) nel ridurre l'incidenza di eventi tromboembolici e stroke con nessuna differenza significativa nei sanguinamenti maggiori. In una sottoanalisi di pazienti con età >75 anni, il dabigatran, al dosaggio di 150 mg bid, ha comportato un rischio emorragico superiore a quello del warfarin (5.10 vs 4.37% all'anno, $p < 0.001$), mentre al dosaggio di 110 mg bid il rischio emorragico è risultato sovrapponibile tra i 2 farmaci (4.43 vs. 4.37% all'anno, $p < 0.001$). Gli stessi dati sono stati confermati in un'analisi post-hoc nella popolazione "molto anziana" (*very elderly*) ovvero gli ultraottantenni. Pertanto le linee guida internazionali raccomandano nei pazienti anziani l'uso della posologia di dabigatran a 110 mg bid come anticoagulante nei pazienti ultraottantenni affetti da FA non valvolare.

► Rivaroxaban

Inibitore diretto orale del fattore Xa, metabolismo per 2/3 epatico e 1/3 renale, emivita di circa 9-12 ore, somministrabile in monosomministrazione giornaliera. Valutato nello studio ROCKET-AF cui rimandiamo il lettore, nel quale si è dimostrato non inferiore al warfarin per l'endpoint primario (stroke ed embolia sistemica) e superiore dal punto di vista statistico (riduzione del rischio relativo del 21%, $p:0.015$). Non si è registrata alcuna riduzione della mortalità o dello stroke ischemico, ma una significativa riduzione dei sanguinamenti fatali e cerebrali. Il rivaroxaban si è dimostrato particolarmente maneggevole e sicuro nei pazienti affetti da insufficienza renale moderata (clearance della creatinina 30-49 ml/min), in cui il dosaggio era ridotto a 15 mg/die. Ciò può essere un vantaggio nella popolazione anziana, in

cui l'insufficienza renale rappresenta una frequente co-morbilità.

► Apixaban

Inibitore diretto orale del fattore Xa con un'emivita di circa 12 ore eliminazione renale del 25%. Studiati in due trial randomizzati, Averroes (vs ASA) e Aristotle (vs warfarin). Lo studio Averroes è stato sospeso precocemente per evidenza della superiorità dell'apixaban sull'ASA ai vari dosaggi, con una frequenza di emorragie maggiori e in particolare intracraniche, simili a quelle dell'ASA. Nello studio Aristotle in confronto con il warfarin, l'apixaban ha ridotto l'ictus e l'embolia sistemica del 21% ($p < 0.001$), i sanguinamenti del 31% ($p < 0.001$) e la mortalità dell'11% ($p < 0.047$). Negli ultraottantenni è stato utilizzato nel trial un dosaggio ridotto di apixaban (2.5 mg bid), nel caso di concomitante basso peso corporeo (<60 kg) o di insufficienza renale con creatinina >1.5 mg.

Quindi i NAO parrebbero essere efficaci quanto la TAO con un profilo di sicurezza simile se non sensibilmente migliore, inoltre non richiedono monitoraggi ematici (INR); devono essere a dosaggio fisso e sono gravati da minori interazioni, i loro limiti possono essere individuati, nella mancanza di un antidoto in caso di sanguinamenti o intervento urgente (ma la vitamina K lo era per la TAO?) e l'assenza di un sistema di monitoraggio per valutare l'aderenza alla terapia e l'efficacia reale dell'anticoagulazione. Per tali ragioni i NAO sono stati indicati da alcuni Autori come anticoagulanti di scelta nei pazienti anziani con FA non valvolare di recente riscontro, con indicazione alla terapia anticoagulante.

Ricordiamo, infine, che i NAO non

sono, al momento, indicati nei pazienti con FA valvolare o con protesi valvolare.

Considerazioni finali

► Anziano fragile

Secondo le definizioni di anziano "fragile", reperibili in letteratura, sono riferibili a tale categoria quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico.

In questo documento la "fragilità" viene individuata come una condizione di rischio elevato di eventi avversi che comportano un significativo deterioramento della qualità della vita.

Tra gli elementi utilizzati per definire questa condizione c'è il rischio di cadute. Molti studi di popolazione hanno descritto l'epidemiologia delle cadute negli anziani in differenti contesti e i tassi variano in modo considerevole: quelli più bassi (30-60 per 100 persone all'anno, in media 65 per 100) sono stati rilevati negli anziani che vivono in comunità, generalmente tra persone di 65 anni e oltre. Anche se la maggior parte di queste cadute non causa lesioni importanti, circa il 5% provoca una frattura o richiede il ricovero. Inoltre, i tassi di cadute e le complicazioni associate aumentano sensibilmente con l'età e raddoppiano nelle persone con più di 75 anni.

Gli anziani ricoverati in residenze assistite hanno tassi molto più alti. In questi contesti, le complicazioni sono più frequenti e più serie, con il 10-25% di cadute che esitano in fratture o lacerazioni.

In Italia è stato stimato che il 28.6% (26-31%) delle persone con 65 anni e più cade nell'arco di 12 mesi. Di questi, il 43% cade più di una volta e il 60% delle cadute avvengono in casa.

Non pare che questo parametro emerga in alcun score, raccomandazione o linea guida e non possiamo non domandarci, come medici, se questo sia giusto.

► Number need to treat e number need to harm

Il problema del numero di pazienti da trattare per evitare un evento (number need to treat, NNT) e per causare un evento avverso (number need to harm, NNH):

per la TAO nella popolazione generale NNT per lo stroke ischemico è pari a 1 su 25, ossia un paziente ogni 25 evita uno stroke mentre 1 su 42 evita un decesso per qualsiasi causa in un anno e mezzo di terapia, ma 1 su 25 avrà un sanguinamento e 1 su 384 avrà una emorragia cerebrale nello stesso periodo.

Per quanto riguarda i NOA i valori di NNT ricavabili dalla letteratura sono tutti riferiti a confronto con TAO e sono così riassumibili:

- dabigatran vs TAO 167/anno per mortalità totale stroke o embolia sistemica; 357 per stroke emorragico (evitato), nessuna differenza per la mortalità totale;
- rivaroxaban vs TAO 135/anno (per protocollo) per stroke o embolia sistemica; 333/anno stroke emorragico evitato; 417/anno per embolia sistemica evitata. Mortalità totale invariata;
- apixaban vs TAO 167/1.8 anno per stroke e embolia sistemica; 238/1.8 anno per stroke emorragico evitato 132 per mortalità totale.

Per meglio rendere conto di questi numeri si può dire che dobbiamo trattare 25 pazienti con warfarin per un anno e mezzo per evitare uno stroke (gli altri 24 non l'avranno comunque), dobbiamo trattarne 42 per lo stesso periodo per evitare un decesso; nei 25 pazienti, ai quali abbiamo evitato uno stroke, indurremo un sanguinamento non fatale e uno su 384 avrà un'emorragia cerebrale.

Quindi se fra i nostri pazienti abbiamo 200 FA possiamo ritenere di evitare 8 stroke e 4-5 decessi e se siamo fortunati non avremo nessuna emorragia cerebrale.

Con i NOA è previsto un ulteriore piccolo beneficio di dimensioni variabili a seconda della molecola e dell'end point che va oculatamente valutato combinando NNT e NNH

di ogni principio attivo con quello dei vecchi anticoagulanti.

► Commento

Resta a nostro avviso la necessità di mantenere alta l'attenzione sulla modalità prescrittiva dei NOA, indirizzandola esclusivamente ad una selezionata categoria di anziani, quasi sani, se si esclude la FA non valvolare da "invecchiamento fisiologico" (apoptosi) a cui va comunque monitorata, già ad avvio di terapia, la crisi ematica.

Ulteriori studi di confronto e/o retrospettivi osservazionali, potranno, nel prossimo futuro, garantirci la sicurezza terapeutica e la possibilità di ampliare la prescrizione a questa tipologia "unica" di pazienti che sono gli anziani.

Bibliografia

- Camm AJ, Lip GYH, DE Caterina R et al 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal* 2012; 33: 2719-47.
- Colonna P, Abrignani MG, Colivicchi F et al. Documento ANMCO su prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale e ruolo dei nuovi anticoagulanti orali. *G Ital Cardiol* 2013; 14: 295-322.
- Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S et al. RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *NEJM* 2009; 361: 1139-51.
- Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C et al. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *NEJM* 2011; 364: 806-17.
- Di Pasquale G, Mathieu G, Maggioni AP et al. Current presentation and management of 7148 patients with atrial fibrillation in cardiology and internal medicine hospital centers: The ATA AF study. *Int J Cardiol* 2013; 167: 2895-903.
- Di Pasquale G. Fibrillazione atriale e nuovi anticoagulanti: rivoluzione terapeutica? *G Ital Cardiol* 2013; 14: 69s-75s.
- Easton JD, Lopes RD, Bahit MC et al. Apixaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and previous stroke or transient ischaemic attack: a subgroup analysis of the ARISTOTLE trial. *Lancet Neurol* 2012; 11: 503-11.
- EHRA Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. *Eur Heart J* 2013; 34: 2094-106.
- Heidebuchel H, Verhamme P, Alings M et al. European Heart Rhythm Association Practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace* 2013; 15: 625-51.
- Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *NEJM* 2011; 365: 981-92.
- Granger CB, Armwaganian LV. Newer oral anticoagulants should be used as first-line agents to prevent thromboembolism in patients with atrial fibrillation and risk factors for stroke or thromboembolism. *Circulation* 2012; 125: 159-64.
- Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes M et al. Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. *Stroke* 1996; 27: 1760-4.
- Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ et al. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence. *Circulation* 2006; 114: 119-25.
- Patel MR, Mahaffey KW, Garg J et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *NEJM* 2011; 365: 883-91.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM et al. Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123: e18-e209.
- Sinnaeve PR, Brueckmann M, Clemens A et al. Prevention in elderly patients with atrial fibrillation: challenges for anticoagulation. *J Intern Med* 2012; 271: 15-24.
- Walston J, Fried LP. Frailty and the older man. *Med Clin North Am* 1999; 83: 1173-94.
- Winograd CH, Gerety MB, Lai NA. A negative trial of inpatient geriatric consultation. Lessons learned and recommendations for future research. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2017-23.
- circ.ahajournals.org/content/121/13/1523.full
- circ.ahajournals.org/content/126/1/133.long
- www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/.../RE-LY-Trial-Dabigatran.pdf
- www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/aristotle-af-apixaban.pdf
- www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/ROCKET-AF-Rivaroxaban.pdf

Utilità diagnostica e terapeutica della paracentesi ecoguidata

La paracentesi può essere effettuata a scopo terapeutico, in caso di ascite con corteo sintomatologico, o diagnostico in corso di peritoniti batteriche o per la definizione eziologica di un'ascite di natura indeterminata. Eseguita in modalità ecoguidata permette l'evacuazione di un'ascite di qualsiasi eziologia, consente l'individuazione certa della sede della puntura e la visione durante la procedura facilitata l'esecuzione della manovra

Gian Franco Natali

*Dirigente Medico, S.O.C di Medicina
P.O. San Luca Trecenta
Azienda Ulss 18 Rovigo*

Fulvio Fiorini

*Responsabile S.O.C di Nefrologia
P.O. Santa Maria della Misericordia
Azienda Ulss 18, Rovigo*

Un aumento della distensione addominale dovuto alla presenza di un versamento libero in cavità addominale, di una massa addominale o di un'occlusione intestinale può essere indagato con la tecnica ecografica. L'ecografia addominale eseguita al letto del paziente è sempre più una metodica diagnostica e di supporto diagnostico-terapeutico nell'attività clinica quotidiana del medico operante nei servizi di medicina generale.

La disponibilità di un apparecchio ecografico, con sonde di diversa frequenza, consente una diagnosi rapida di versamento addominale, una localizzazione dello stesso, una definizione semiquantitativa del versamento e, già alla prima valutazione, l'individuazione del punto di esecuzione della paracentesi con significato esplorativo e/o terapeutico.

Il termine paracentesi definisce la manovra atta ad ottenere l'evacuazione di liquido contenuto all'interno della cavità addominale ed è di derivazione etimologica dal termine greco *parakéntēsis*, composto di *para-* (tra, contro) e *kéntēsis* (puntura).

La sonda viene utilizzata per l'individuazione del versamento addominale ed è quella abitualmente utilizzata per eseguire l'ecografia addominale: si tratta della sonda Convex che emette ultrasuoni con una frequenza tra i 3500 MHz e i 5000 MHz.

Questo tipo di sonda consente uno studio in profondità degli organi parenchimatosi dell'addome, studio oltremodo facilitato dalla presenza di liquido all'interno della cavità addominale che è un ottimo mezzo per la trasmissione del fascio ultrasonoro.

In termini ecografici il versamento viene visualizzato sullo schermo dell'ecografo come una banda di colore nero. Quindi, il versamento viene definito correttamente anecogeno (in riferimento alla scala del grigio). La quantità di versamento minimo individuabile con l'ecografia è di circa 50 ml. Si definisce *lieve* un versamento di volume compreso tra 100-200 ml, *moderato* di 200-300 ml, *abbondante* se supera i 500 ml.

Per eseguire una diagnosi precoce di versamento addominale si possono utilizzare le scansioni individuate per la cosiddetta Eco-fast, utilizzate per una diagnostica precoce di versamento pleurico, pericardico ed addominale in caso di trauma toraco-addominale.

► Scansione e malattie causa di versamento addominale

La scansione intercostale destra consente di osservare lo spazio pleurico, lo spazio periepatico destro e lo spazio epato-renale. La scansione sottotifoidea consente di osservare il pericardio. La scansione intercostale sinistra con-

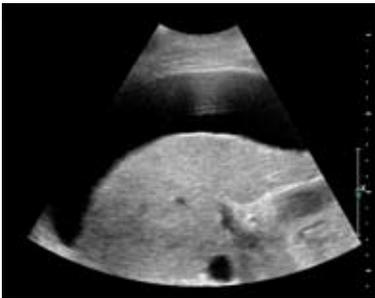
sente di osservare lo spazio perisplenico e pleurico sinistro. La scansione ipogastrica consente di studiare lo scavo pelvico.

Tra le malattie che causano versamento addominale ricordiamo:

- cirrosi epatica (di qualsiasi eziologia) (figura 1);
- carcinosi addominale;
- peritonite;
- ipertensione portale;
- tumore addominale;
- pancreatite;
- insufficienza cardiaca destra;
- versamento pericardio;
- ileo paralitico;
- trombosi dei vasi mesenterici;
- sindrome di Budd-Chiari;
- tumore epatico e metastasi polmonare.

Figura 1

Abbondante versamento ascitico da cirrosi epatica



Si nota l'area anecogena (falda nera) sulla cupola epatica del lobo destro

► Indicazione alla paracentesi

Viene effettuata a scopo terapeutico e sintomatico in caso di ascite sotto tensione, per la presenza di difficoltà respiratoria, dolenzia addominale, e in tutti quei casi che non rispondono alla terapia medica.

A scopo diagnostico trova indica-

zione nell'individuazione di una peritonite batterica spontanea nei cirrotici e per una diagnosi eziologica nell'ascite di natura indeterminata.

Le principali controindicazioni sono rappresentate da gravidanza, presenza di anse intestinali sovrapposte, presenze di vasi superficiali, coagulopatie, pregressi interventi di chirurgia con possibili aderenze alla parete addominale, mancanza del consenso e della collaborazione del paziente, stato di shock, grave insufficienza renale, grave encefalopatia porto-sistemica.

► Sedi anatomiche dove eseguire la paracentesi

Quadrante addominale inferiore sinistro: la puntura viene effettuata inferiormente all'ombelico e lateralmente ai muscoli retti addominali.

Quadrante addominale inferiore destro: la puntura viene effettuata al di sotto della linea trasversa ombelicale e lateralmente al muscolo retto addominale (rischio di pungere l'intestino cieco).

Linea alba: la puntura viene effettuata alcuni centimetri sotto l'ombelico.

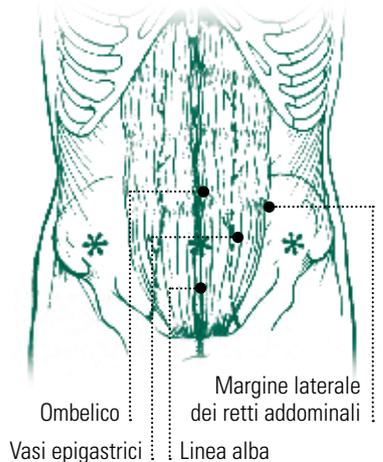
Quadranti addominali superiori: la puntura viene effettuata lateralmente ai retti addominali nel caso di pregressi interventi chirurgici dell'addome inferiore (figura 2).

► Modalità di esecuzione

La manovra deve essere effettuata in sterilità. Si utilizza un set sterile da paracentesi costituito da siringa sterile da 60 ml, aghi da paracentesi 80 mm, aghi da 14, 16

Figura 2

Sedi anatomiche per la paracentesi ecoguidata



e 18 Gauge, rubinetto a tre vie, sacca di raccolta da 2000 ml, connettore per siringa.

Altro materiale necessario alla manovra: disinfettante iodato, pinze anatomiche sterili, pinze chirurgiche sterili, siringhe sterili a varia volumetria (5-10-20-50), occorrente per l'anestesia locale, guanti sterili, garze sterili, cerotto anallergico, forbici, telini sterili e non, sfigmomanometro e fonendoscopio.

Poiché la manovra ha carattere invasivo, è necessario spiegare al paziente di cosa si tratta e come si esegue, e necessita del suo consenso.

Se necessario si esegue la tricotomia e, dopo aver invitato il paziente a svuotare la vescica, lo si posiziona supino a letto, in vicinanza del bordo sinistro, eventualmente anche con l'aiuto di un cuscino posizionato sul fianco destro.

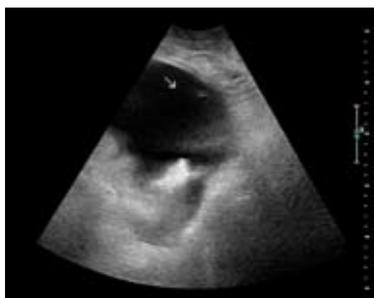
Con la sonda ecografica si individua il punto dove eseguire la paracentesi e la si contrassegna. Le

Figura 3

Attraversamento della parete addominale

Lo spessore della parete addominale da attraversare è di oltre 40 mm

Figura 4

Versamento ascitico

La freccia indica la punta dell'ago all'interno del liquido ascitico

strutture anatomiche da attraversare con l'ago sono costituite da cute, sottocute, muscolo obliquo esterno, muscolo obliquo interno, muscolo trasverso e fascia peritoneale parietale (figure 3 e 4).

Dopo disinfezione dell'area isolata con disinfettante iodato si crea un campo sterile, e si esegue una anestesia locale con cloruro di etile spray prima di introdurre l'ago-cannula eseguendo la manovra in aspirazione nel punto contrassegnato; si connette quindi l'ago al tubo di deflusso collegato con la sacca di raccolta, posizionata in un punto più basso rispetto al piano del paziente (deflusso per caduta). La manovra richiede tempo: pertanto si fissa l'ago alla parete addominale con un cerotto.

Si utilizza il rubinetto a tre vie per eseguire i necessari campionamenti (analisi chimico-fisico, batteriologico e citologico). Il campionamento necessita di una descrizione del colore, del grado di trasparenza, della torbidità del liquido ascitico raccolto.

Se la manovra ha carattere diagnostico è sufficiente un ago da

22 G con aspirazione di 20-50 ml montato su una siringa da 60 ml. Tra le complicanze si ricordano le emorragie intra-addominali, il gemizio di liquido lungo il tragitto dell'ago, il collasso cardio-circolatorio, le alterazioni elettrolitiche, la puntura dell'intestino, la puntura della vescica, l'ematoma della parete addominale.

È necessario un monitoraggio del paziente durante la manovra di svuotamento ascitico, monitorando la velocità del deflusso, e la quantità massima prefissata (variabile da caso a caso). Terminata la manovra, si estrae l'ago e si esegue una medicazione sterile compressiva.

Il paziente rimane a letto per almeno un'ora dopo la manovra, con monitoraggio della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, per scongiurare il rischio di shock ipovolemico. Nel caso di evacuazione di notevoli quantità di liquido ascitico (superiori ai 5 litri) o con un quadro di ipovolemia, si somministrano plasma expander nella quantità di 250 ml/ora o albumina nella quantità di 6-8 g per litro di ascite rimossa ad una velocità di 16 g/ora. I pazienti con ascite vanno monitorati periodicamente con il dosaggio dell'albumina, della creatinina e degli elettroliti.

► Conclusioni

La paracentesi ecoguidata è una metodica sicura per il paziente che consente l'evacuazione di un'ascite di qualsiasi eziologia, permette l'individuazione certa del punto dove pungere, e non essendo alla cieca facilita l'esecuzione della manovra stesa con una maggiore tranquillità per l'operatore che la esegue.

Quando è disponibile un apparecchio ecografico è senz'altro corretto, sotto il profilo della *good practice*, eseguire la manovra con l'ausilio dell'ecografo.

Bibliografia

- Bard C, Lafortune M, Breton G. Ascites: ultrasound guidance or blind paracentesis? *CMAJ* 1986; 135: 209-210.
- Raccomandazioni per la diagnosi ed il trattamento del paziente ascetico. A cura della commissione "Ascite" dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato 2005.
- Biecker E. Diagnosis and therapy of ascites in liver cirrhosis. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 1237-1248.
- Wiese SS, Mortensen C, Bendtsen F. Few complication after paracentesis in patient with cirrhosis and refractory ascites. *Dan Med Bull* 2011; 58: A4212.
- Mercaldi CJ, Lanes SF. Ultrasound guidance decreases complications and improves the cost of care among patients undergoing thoracentesis and paracentesis. *Chest* 2013; 143: 532-538.