

M.D.

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

Anno XXII, numero 8 - novembre-dicembre 2015

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

IN QUESTO NUMERO

INDAGINI

6

L'impatto dell'amministrazione pubblica sulla professione

RIFLETTORI

12

Appropriatezza diagnostica e terapeutica, le differenze contano!

DOCUMENTI

30

Allergie e intolleranze alimentari: facciamo chiarezza



Pina Onotri

Segretario Nazionale Sindacato Medici Italiani

I medici e l'universalismo del Ssn

sono sotto attacco



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



M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
I medici e l'universalismo del Ssn sono sotto attacco 5
- **Indagini**
L'impatto dell'amministrazione pubblica sulla professione 6
- **Riflettori**
Appropriatezza diagnostica e terapeutica, le differenze contano! 12
- **Focus on**
Sulla strada della ricetta digitale ci sono ancora ostacoli 14
- **Professione**
Autocertificazione dei primi tre giorni di malattia, tutto tace 16
- **Prospettive**
Il dottor web avanza, ma sul podio resta il Mmg 17
- **Contrappunto**
Sviluppo della medicina territoriale? Tante parole, pochi fatti 18
- **Appunti**
Il collaboratore di studio: un leader silenzioso e prezioso 20

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Ipertensione arteriosa: applicabilità dello studio SPRINT 22
- **Dermatologia**
Il sommerso delle dermatiti allergiche professionali 23
- **Diabetologia**
Profilo assistenziale della popolazione diabetica 24
- **Neurologia**
Diagnosi precoce e preclinica di malattia di Alzheimer 25
- **Otorinolaringoiatria**
Approccio integrato al paziente con vertigine 26
- **Dipendenze**
Nuove prospettive nel trattamento del paziente alcolista 28

CLINICA E TERAPIA

- **Documenti**
Allergie e intolleranze alimentari 30
- **Rassegna**
Ipertensione arteriosa da farmaci e sostanze voluttuarie 35
- **Pratica medica**
Tosse psicogena in giovane paziente 38
- **Terapia**
Attuali orizzonti della medicina rigenerativa in ortopedia 40
- **Management**
Migliorare la gestione della psoriasi 43
- **Attualità**
Fish therapy, un problema emergente 46

I medici e l'universalismo del Ssn sono sotto attacco

Difficile, faticoso, ma non privo di soddisfazioni, così ha definito **Pina Onotri**, Segretario nazionale del Sindacato Medici Italiani (Smi), il primo anno trascorso alla guida dello Smi. Una sfida ardua quella raccolta da Pina Onotri,, per le responsabilità da affrontare, in un momento critico per il Paese e per l'intera categoria e per il fatto che a farsene carico è una donna. "Bisogna essere brava il triplo e lavorare il doppio - ha sottolineato a *M.D.* Onotri - perché gli errori non sono perdonati. Il momento è difficile per la categoria, ma è altrettanto difficile per il Paese in generale. Ci troviamo in un contesto storico in cui l'universalismo che caratterizza il nostro Ssn non è più garantito, anzi è sotto attacco".

Il regionalismo spinto in sanità, il sottofinanziamento del comparto, che è sempre stato gestito solo come una voce di spesa e mai come elemento imprescindibile per la crescita economica del Paese, hanno minato il sistema.

"Non dimentichiamo che l'11% dei cittadini italiani attualmente rinunciano alle cure - evidenzia il Segretario nazionale dello Smi - . Cresce il disagio di chi non si sente più tutelato in materia di salute dallo Stato come da tempo testimoniano i Mmg che sono il *front office* del Ssn". In questo contesto i sindacati non riescono ad esercitare la loro azione di 'mediazione' perché il governo respinge l'interlocuzione come momento di confronto non solo per la difesa dei diritti della categoria, ma soprattutto per il futuro del Ssn.

"I continui sottofinanziamenti perpetrati anche con l'attuale legge di Stabilità - spiega Onotri - palesano chiaramente una destrutturazione del sistema e un attacco alla categoria che ne è il motore. Se il sistema non è ancora definitivamente impleso e continua a funzionare si deve all'abnegazione di quanti vi ci lavorano medici compresi. Il cuore della nostra adesione allo sciopero di dicembre sta proprio qui. È un grido di dolore della categoria. In questi anni, in nome di una riforma della sanità più orientata allo sviluppo della medicina territoriale in linea con i bisogni di salute, connotati da una crescita esponenziale delle cronicità, abbiamo dovuto fare i conti con chiusure di ospedali, riduzioni di posti letto e altri tagli. Il risultato è che, purtroppo, tutto quello che nel comparto è stato risparmiato non è stato reinvestito nella riorganizzazione territoriale. E il blocco della convenzione della MG aggrava ancora di più la situazione. Quello che serve è un territorio capace di farsi carico della gestione delle cronicità, ma purtroppo stiamo andando in guerra a mani nude".



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

L'impatto dell'amministrazione pubblica sulla professione

Cosa pensano i Mmg delle comunicazioni che ricevono dalla Asl? È a questa domanda che si è cercato di rispondere attraverso l'invio di un questionario a 100 Mmg della Asl 13 Veneto. Il campione che ha risposto non è stato ampio, ma testimonia come la quotidiana, insistente, presenza della Asl, attraverso continue comunicazioni via email, peggiori l'attività professionale per la maggior parte dei medici che hanno partecipato all'indagine

Giuseppe Maso - Prof. di Medicina di Famiglia Università di Udine, SIICP

Carmelo Barolo - Medico di Famiglia, SIICP

Negli ultimi anni le comunicazioni ai medici di famiglia da parte degli uffici amministrativi delle Asl sono via via aumentate di numero. Tali comunicazioni, di provenienza prevalentemente distrettuale, riguardano gli argomenti più disparati: si va dalla richiesta di pulizia di liste di pazienti alla trasmissione di reportistica varia, dalla procedura per richiedere un trasporto in ambulanza alla trasmissione di "raggruppamenti di attesa omogenei" per la richiesta di prestazioni di secondo livello, dall'elenco dei farmaci da prescrivere in DPC agli inviti ai "corsi di formazione" organizzati dalla Asl, ecc. Ad un singolo medico della Asl 13 Veneto nel 2012 sono pervenute 120 comunicazioni che sono diventate 137 nel 2013 e 166 nel 2014. Nei primi 8 mesi del 2015 siamo già a 126. Se non si tiene conto delle festività e delle ferie un medico riceve più di un lettera o una e-mail al giorno. Ci siamo ripromessi di chiedere ai medici di medicina generale (Mmg) quale fosse il loro pensiero circa queste comunicazioni. Abbiamo inviato un questionario a domande chiuse a

100 Mmg della Asl 13 Veneto utilizzando "Google Forms", una modalità che permette di raccogliere le risposte in maniera anonima. Hanno risposto al questionario 37 medici, 80% di questi con più di 20 anni di attività e nessuno con meno di cinque. 21 medici (56.8%) aveva acquisito anche altre specialità.

► Il questionario: domande e risposte

1. "Nel corso degli anni, per quanto riguarda il tuo lavoro, la soddisfazione personale è: migliorata, peggiorata, invariata?" Il 62.1% degli intervistati ha risposto che è peggiorata, per il 18.9% è rimasta invariata e per un altro 19% è migliorata.
2. "Riceviamo quotidianamente e-mail dagli uffici amministrativi della Asl. Ritieni che questo migliori la tua pratica professionale?" 51.4% ha risposto che la peggiorano, per il 40.5% non la modificano e per l'8.1% la migliorano.
3. "Ritieni che queste e-mail migliorino la tua pratica clinica?" Il 48.6% ha risposto che la peggiora-

no, per il 43.2% rimane invariata mentre per l'8.2% la migliorano.

4. "Le e-mail inerenti l'ottimizzazione della spesa farmaceutica, hanno modificato il tuo comportamento prescrittivo?" Il 43.2% ha risposto no, il 32.4% ha risposto sì in peggio e il 24.4% ha risposto sì in meglio.

5. "Queste e-mail hanno modificato il tuo comportamento clinico?" Il 63% ha risposto no, il 25% ha risposto sì in peggio mentre il 12% ha risposto sì in meglio.

6. "Ritieni che queste e-mail limitino la tua libertà professionale?" Il 56.8% ha risposto sì, il 40.5% ha risposto no e il 2.7% ha risposto non so.

7. "Ritieni che i RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per l'appropriatezza prescrittiva delle visite specialistiche influiscano sulla tua libertà professionale?" Il 69.4% ha risposto sì, il 19.4% ha risposto no, mentre l'11.2% ha risposto non so.

8. "Ritieni che direttive sulla spesa e RAO incidano sulla qualità di cura dei tuoi pazienti?" Il 73% ha risposto sì in peggio, il 10.8% ha risposto sì in meglio mentre il 16.2% hanno risposto no.

9. "Ritieni che i tuoi pazienti percepiscano un condizionamento della libertà professionale derivante dalle direttive amministrative?" Il 70.3% ha risposto sì, il 29.7% no.

10. "Le sempre più frequenti comunicazioni da parte della Asl, generano maggior sicurezza o confusione nel tuo lavoro quotidiano?" Il 56.8% ha risposto che creano confusione, il 32.4% ha risposto che gli è indifferente mentre il 10.8% ha risposto che gli dà sicurezza.

11. "Il tuo stato d'animo viene influenzato dalle comunicazioni della Asl?" Il 62.2% ha risposto sì in peggio, il 29.7% ha risposto no e l'8.1% ha risposto sì in meglio.

12. "Si è modificata la tua qualità di vita globale negli ultimi anni?" Il 62.2% ha detto che è peggiorata, il 23.8% riferisce che è rimasta invariata mentre per il 14% la qualità di vita è migliorata.

13. "A tuo avviso la componente direttiva della Asl conosce a sufficienza la nostra disciplina e il suo campo di azione?" Il 91.9% ha risposto no, il 5.4% ha risposto non so mentre il 2.7% ha risposto sì.

► Discussione

Il campione di medici che ha risposto al questionario non è così ampio da poter trarre delle conclusioni generalizzabili con certezza; il sondaggio, comunque, aveva lo scopo di rilevare l'umore generale, la soddisfazione professionale e lo stato d'animo di fronte ai veloci cambiamenti amministrativo-organizzativi cui la Medicina Generale (MG) è sottoposta. Il quadro che emerge sembra definire con sufficiente precisione il comune sentire dei Mmg della Asl presa in considerazione. Più di un terzo dei medici interpellati hanno risposto al questionario,

sono per la maggioranza colleghi con più di venti anni di attività ed in possesso di altre specialità. Il pensiero espresso nei questionari è quello di medici, per la loro età, non formati specificamente per la MG, ma con lunga esperienza sul campo, eterogenei per formazione e probabilmente per modo di lavorare. Questi medici per la maggior parte, negli ultimi anni, hanno visto peggiorare la loro soddisfazione lavorativa che è definita migliorata solo dal 18%. Le cause di ciò in parte si possono identificare dalle risposte alle domande del questionario.

La quotidiana, insistente, presenza della amministrazione della Asl attraverso le email sembra essere una delle cause di insofferenza; queste comunicazioni, che alcuni vivono come vero e proprio *stalking*, peggiorano l'attività professionale per la maggior parte dei medici (la migliorano solo per l'8%) così come peggiorano pure l'attività clinica per la metà dei colleghi.

La quota di email relativa alle prescrizioni terapeutiche non ha modificato alcun comportamento prescrittivo per la metà dei medici anzi, per un terzo queste comunicazioni hanno peggiorato la qualità delle prescrizioni. Le numerose comunicazioni ricevute non sembrano proprio modificare il comportamento clinico, per il 25% degli intervistati lo peggiorano; la quantità di "linee guida" per accedere alla diagnostica, i numerosi protocolli, moduli, report, elenchi, inviti, convocazioni, informazioni, campagne, note, avvisi, certificati, agende, segnalazioni, integrazioni, trasmissioni, promemoria, bollettini, circolari, eventi, aggiornamenti, richieste, attivazioni, regolamenti, rinnovi, leggende, prescrizioni, modalità, piani, progetti e lettere sembrano pesare come macigni

sulla professione sempre meno clinica e sempre più amministrativa.

La maggior parte dei colleghi percepisce tutto questo come una limitazione della libertà professionale anche se per il 40% questa limitazione non esiste: ulteriore dimostrazione della eterogeneità formativa e professionale dei medici di famiglia. Quando però si prendono in considerazione i RAO che, sotto le apparenze di una guida per individuare la priorità temporale di una richiesta di visita specialistica, rispecchiano e/o ci propongono un modello di gestione delle patologie frequenti a livello di un compartimento del sistema sanitario qual è una Unità Sanitaria Locale, la percezione che i medici hanno sulla limitazione della libertà professionale cambia: il 70% li percepisce come interferenze pesanti sulla professione.

► La responsabilità professionale

I RAO in realtà uniformano verso una delega di una patologia ad una struttura di secondo livello attraverso un modello condiviso in una maniera "comunitaria", dimenticando che non ci può essere responsabilità condivisa tra professionisti, che essa rimane individuale e non vi può essere condivisione nella responsabilità di una prescrizione o di un trattamento, che è sempre di chi pone la firma sulla ricetta. Non vi può essere delega alla condivisione né tantomeno alcuna decisione diagnostica o terapeutica imposta. Il RAO quindi può avere solo un valore formale, indicativo e nulla più. Esso presuppone che i Mmg siano tutti uguali e che non vi possano essere esigenze diverse di consulenza. Per alcuni una tiroidite può rappresentare un problema che richiede una consulenza in tempi brevi, per altri può essere normale *routine*.

Il RAO è prodotto per una Asl e ovviamente non ha alcun valore al di fuori di essa, ma ancora una volta mette in evidenza come necessità locali, organizzazioni aziendali, e organizzazione dei reparti e degli ambulatori ospedalieri influiscano sul comportamento di medici che dovrebbero invece avere come riferimento le linee guida internazionali sulla gestione delle patologie.

I RAO prevedono la necessità di inviare in visita specialistica il paziente affetto da una patologia per l'esenzione ticket. Il Ssn non riconosce quindi i Mmg italiani tra coloro che sono in grado di far diagnosi di patologie frequenti. Questo è il motore maggiore della "fabbrica" italiana della visita specialistica. Il paziente (già con diagnosi e nella maggior parte dei casi già trattato) dovrà essere inviato sempre in un ambulatorio pubblico dove sarà visitato che gli darà un foglio con l'esenzione, con cui dovrà recarsi al Distretto di competenza (per il mantenimento della "fabbrica" burocratica) e gli programmerà la visita di controllo ("fabbrica" della visita specialistica).

► Siamo ancora "medici di base"

Il medico di famiglia è in Italia solo un "medico di base" e in questa divisione del lavoro, fatta passare per divisione in specialità, è soltanto un risorsa umana di un'organizzazione efficiente, ma grandemente inefficace. È ovvio che questa divisione del lavoro penalizza grandemente anche le specialità che dovrebbero, e vorrebbero, interessarsi delle patologie più rare e di quelle che richiedono manovre e strumenti di secondo o terzo livello. I RAO sono frutto di un gruppo di lavoro che condivide la scheda, ma la responsabilità della cura di una perso-

na è di colui che fa diagnosi e che prescrive una terapia, non è mai di un gruppo, essa è sempre individuale e allo stesso modo le esigenze di consulenza non riguardano una categoria, ma sono individuali. Quindi, nessuno può far condividere il comportamento professionale di alcuno con altri se non il proprio. La scheda si dovrebbe basare su modelli di comportamento e di responsabilità dei singoli livelli di cura, definiti dalle linee guida internazionali e proporsi (almeno in prospettiva) come modello per un comportamento di standard europeo e non così locale. In un'era di telematica avanzata e spostamenti veloci come la nostra, una medicina "normalizzata" a livello di Asl risulta alquanto anacronistica. Di fronte ad una domanda di intervento specialistico per patologie che sono in tutto il mondo di competenza delle cure primarie bisognerebbe chiedersi quali sono le cause.

Bisognerebbe, come si fa per la farmaceutica, osservare i comportamenti dei singoli professionisti, iniziare a riconoscere il merito, fornire una vera formazione sulle patologie individuali (e non sulle note o sulla compilazione delle schede di prescrizione), eliminare tutte le cause inutili di induzione di visita specialistica come per esempio la visita per esenzione ticket, ridare responsabilità (abilità a rispondere) alla MG impantanata in una elefantia burocratica e rimettere al centro del sistema questa disciplina. Questo significherebbe rimettere al centro il paziente, considerato nella sua globalità (corpo e mente) e non scomposto in organi e patologie di competenza delle diverse specialità secondo le indicazioni dei RAO. Ecco perché per il 73% degli intervistati i RAO peggiorano la qualità di cura dei pazienti ed ecco perché la maggioranza dei medici ri-

tiene che i pazienti percepiscano i condizionamenti alla libertà professionale imposta dalle "direttive amministrative". Le comunicazioni amministrative sono troppe, generano confusione e peggiorano lo stato d'animo dei medici la cui qualità di vita, per la maggior parte, è peggiorata negli ultimi anni. Per i Mmg la componente direttiva della Asl non conosce a sufficienza la disciplina Medicina Generale, non conosce il campo di azione di questa specialità e quindi prende decisioni che spesso sono frustranti e improduttive.

► Conclusioni

La Medicina Generale sta vivendo un periodo di sofferenza, la componente burocratica della professione è diventata smisurata; l'influenza della componente amministrativa sulle scelte diagnostiche e terapeutiche ha aumentato il solco tra la professione e il "governo amministrativo", le decisioni sono guidate da protocolli prodotti da processi decisionali accentrati quando la professione per sua natura è basata su decisioni decentrate, personali, libere e responsabili. L'omogeneizzazione di una professione, sempre più pianificata, impedisce il merito ed è frustrante per i migliori, impedisce la crescita e confonde l'efficienza con l'efficacia. Ogni medico è unico nonostante la formazione. Il programma per una MG migliore non può che passare attraverso un progetto "umanistico" che preveda il rispetto del talento, delle capacità di relazione e della professione di ciascun professionista. Un programma che preveda il riconoscimento pieno della Medicina Generale come specialità e che presuma anche che chi "governa" la professione ne conosca a fondo la definizione ed i principi.

Appropriatezza diagnostica e terapeutica, le differenze contano!

Non è un caso che ci siano voluti ben due decenni dopo l'introduzione delle Note Cuf, poi Aifa, affinché le istituzioni preposte affrontassero il capitolo della diagnostica. Questa materia è particolarmente delicata perché ha a che fare con la gestione dell'incertezza e non si può irrigidire in criteri e schemi predefiniti che si scontrano con il carattere interattivo e variabile del processo diagnostico differenziale

Giuseppe Belleri

Medicina Generale, Flero (BS)

Il dibattito pubblico attorno all'ormai famosa lista degli accertamenti sottoposti ai criteri di appropriatezza diagnostica si è subito cristallizzato in due opposte fazioni: da un lato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin si prodiga per accreditare la tesi secondo la quale *"non si taglia proprio niente"* e che tutto resta come prima mentre, dall'altro i suoi oppositori gridano allo scandalo perché, con il pretesto dell'appropriatezza, *"si ridurranno le prestazioni e si costringerà il cittadino a pagarsi le indagini diagnostiche negate dai medici, facendo un regalo alla sanità privata"*.

L'era dell'appropriatezza è iniziata una ventina di anni fa con l'introduzione delle Note Cuf sui farmaci, poi ribattezzate Note Aifa per l'appropriatezza terapeutica. Il fenomeno rientra nella più generale tendenza a normare e regolamentare comportamenti che ricadono nella sfera dell'iniziativa pubblica, riducendo i margini di discrezionalità e di autonomia decisionale degli attori professionali, secondo l'idealtipo dell'apparato burocratico di stampo

weberiano. Ci sono però voluti ben due decenni perché si affrontasse anche il capitolo della diagnostica, preceduti da alcuni tentativi di introdurre vincoli regolatori sugli esami, non a caso abortiti per le obiettive difficoltà della materia.

Infatti una differenza metodologica di fondo contraddistingue l'iniziativa degli anni novanta sui farmaci da quella odierna sugli accertamenti diagnostici: la terapia appropriata presuppone un dato certo e una solida base di partenza, ovvero la diagnosi dalla quale discende logicamente la cura, secondo lo schema categoriale se...allora (se un assistito è affetto da diabete di tipo II ed obesità allora la terapia di prima scelta è la metformina); non esiste invece un unico esame appropriato a priori per ogni situazione o sintomo perché i test e gli esami clinici hanno la funzione di aiutare il medico ad orientarsi rispetto ad una gamma di ipotesi diagnostiche differenziali, tra le quali solo al termine dell'iter clinico emergerà quella corretta, talvolta dopo un processo conoscitivo per "prove ed errori".

► I test di laboratorio

I test di laboratorio, ad esempio, servono per selezionare le ipotesi generate e quindi è impossibile definire a priori quale sarà quello appropriato, ovvero l'esame che confermerà l'ipotesi diagnostica corretta. Le strategie cognitive, il metodo e le regole del gioco del processo diagnostico non sono le stesse della decisione terapeutica. Inoltre le variabili in gioco nella prescrizione di un'indagine clinica sono più numerose e complesse. Una discussione ponderata e appropriata sull'appropriatezza diagnostica dovrebbe considerare che a monte della prescrizione di un test interagiscono numerosi fattori su diversi piani, ovvero:

- Il giudizio del medico, che sconta margini di rischio/incertezza decisionale più o meno ampi, insiti in ogni processo clinico (falsi positivi, falsi negativi, ecc.).
- Una certa sopravvalutazione delle potenzialità della tecnologia diagnostica nel ridurre tale incertezza, in particolare riguardo all'ipotesi di una patologia rara (prevalenza, probabilità pre e post-test ecc.).

- L'induzione della prescrizione da parte dell'assistito, specie se esente e/o troppo preoccupato per il proprio stato di salute, alimentate dall'ipertrofia delle attese verso la tecnologia biomedica.
- La diffusione di linee guida, protocolli, percorsi diagnostico-terapeutici ecc. e di ogni altro documento di supporto informativo e di aiuto alla decisione appropriata.
- Il suggerimento dell'esame da parte di uno specialista in regime libero-professionale, non tenuto a rispettare i criteri di appropriatezza vigenti nel pubblico e quindi propenso ad abbondare in test clinici.
- Il livello di offerta e di disponibilità della tecnologia medica, che di per sé induce la propria domanda.
- Il rischio medico-legale e l'atteggiamento difensivo verso ipotetiche denunce e contenziosi giudiziari.
- Un certo clima sociale di allarme, alimentato da un'informazione a due facce: da un parte l'esaltazione acritica delle novità tecnologiche e dall'altra la caccia a notizie di presunta malpratica.
- L'indeterminatezza del concetto di appropriatezza, che oscilla tra la dimensione regolatoria collettiva e la relazione clinica individuale e la rigidità dei criteri prescritti che non tengono della varietà, unicità e complessità degli assistiti in carne ed ossa della pratica clinica.

Appiattare questa complessità con criteri schematici e soprattutto con il condizionamento delle sanzioni economiche non è la strada più indicata per risolvere il problema, che va affrontato prioritariamente sul piano culturale e, se mai, adottando logiche incentivanti piuttosto che punitive, ed interventi generalizzati a monte della singola richiesta di indagini diagnostiche. Con l'entrata in vigore dei criteri di appropriatezza la situa-

zione si complicherà sul piano cognitivo per tutti i decisori, con inediti problemi di interpretazione e di applicazione pratica ai casi concreti, ma non solo; la spada di Damocle delle sanzioni economiche previste dalla legge accentuerà la diffidenza degli assistiti verso i medici e avrà un impatto negativo anche sulle relazioni tra i professionisti, per il rischio di generare un deleterio rimpallo della responsabilità della prescrizione tra i professionisti che si alternano alla gestione dei casi, come accaduto per anni con le Note Cuf sui farmaci.

► Un'informazione corretta

Un'informazione corretta sul decreto appropriatezza dovrebbe contrastare il luogo comune in base al quale si farebbero *"pesare i tagli sui malati che si dovranno pagare gli esami"*. Il rischio esiste, ma perlomeno per gli esami di laboratorio di uso comune appare poco probabile, a parte le limitazioni e i vincoli temporali per l'analisi dei lipidi. I medici potranno continuare a prescrivere gli esami appropriati per le patologie ad alta prevalenza, specie quelle croniche. Due le categorie individuate per classificare gli accertamenti inseriti nella lista ministeriale: condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza. La maggioranza dei 143 esami di laboratorio, ad esempio, rientra nella prima categoria mentre solo in 8 casi il test è soggetto a generiche indicazioni di appropriatezza (alfa amilasi, le 3 fosfatasi, lipasi, potassio, proteine, sodio). I criteri prescrittivi dei più comuni test clinici, previsti dalla bozza ministeriale, sono a dir poco scontati e generici (transaminasi in caso di sospetta patologia epatica, amilasi nella diagnostica delle ghiandole salivari e pancreatiche, ecc). Le superflue

condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza degli esami di laboratorio sono la dimostrazione delle insormontabili difficoltà metodologiche incontrate dai consulenti ministeriali per definire a priori criteri non banali e validi per ogni situazione.

► Esami di imaging

D'altra parte esistono dati statistici che attestano livelli di richieste di indagini diagnostiche eccedenti rispetto alle medie degli altri paesi, come le richieste di esami di imaging (TAC e soprattutto RMN). Nel caso della diagnostica per immagini invece prevalgono condizioni di erogabilità più dettagliate, "intrusive" e di applicazione problematica alla gamma di casi concreti bisognosi di approfondimento diagnostico. Un esempio per tutti, la RMN della colonna, prescrivibile in caso di *"dolore rachideo in assenza di coesistenti sindromi gravi di tipo neurologico o sistemico, resistente alla terapia, della durata di almeno 4 settimane, traumi recenti e fratture da compressione"*.

La materia "appropriatezza diagnostica" è molto delicata perché ha a che fare con la gestione dell'incertezza e non si può irrigidire in criteri e schemi predefiniti che si scontrano con il carattere interattivo e variabile del processo diagnostico differenziale. I consulenti ministeriali non hanno affrontato il loro compito nel modo più appropriato; ora il ministero paga il fio di una manovra impopolare e probabilmente economicamente inefficace, che invece piace a chi preferisce imbastire una campagna propagandistica ed ideologica a prescindere dal merito di complesse questioni metodologiche e pratiche.

Il testo completo dell'articolo è consultabile su <http://curprim.blogspot.it/>

Sulla strada della ricetta digitale ci sono ancora ostacoli

Il Ministero della Salute ha siglato di recente il decreto che definisce le modalità di dispensazione dei medicinali prescritti su ricetta medica dematerializzata. Dal 2016 sarà valida in tutte le farmacie d'Italia, nel frattempo però bisogna fare i conti con alcune criticità tra cui l'inadeguatezza dei gestionali e i problemi di connettività

Stefania Piccolo

Dal 2016 la ricetta digitale sarà valida in tutte le farmacie d'Italia e non solo faciliterà la dispensazione dei farmaci, ma consentirà di garantire una migliore, e più semplice, assistenza nel percorso di cura e anche di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni. Ne è convinto il Ministero della Salute che recentemente ha siglato il decreto che definisce le modalità di dispensazione dei medicinali prescritti su ricetta medica dematerializzata. Sulla strada però ci sono ancora alcuni ostacoli: gestionali inadeguati, problemi di connettività e la quantità di promemoria cartacea che si va accumulando nelle farmacie delle Regioni che hanno già introdotto da tempo questa modalità, come ad esempio il Piemonte dove i medici di famiglia sono già sul sentiero di 'guerra' e minacciano di interrompere l'invio delle ricette online.

"Il processo di digitalizzazione del Ssn - ha spiegato in una nota il ministro della Salute - compie un ulteriore importante passo verso il miglioramento del rapporto tra costo e qualità dei servizi sanitari, rendendo più omogeneo l'accesso ai servizi nelle diverse aree del Paese, nonché semplificando il rapporto tra assistito e servizio sanitario. La nuova ricetta

dematerializzata consentirà di garantire una migliore, e più semplice, assistenza nel percorso di cura, e anche di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni". La ricetta digitale infatti dovrebbe facilitare la tracciabilità delle prescrizioni, creare una più efficace integrazione tra tutti gli operatori sanitari grazie alla sincronizzazione delle attività di prescrizione da parte del medico e di erogazione da parte del farmacista. Ciò, come evidenzia il Ministero della Salute, consentirebbe non solo di controllare l'appropriatezza prescrittiva, ma di ridurre eventuali truffe e falsificazioni, con un risparmio di tempo e di oneri burocratici.

► Le criticità

Ma tutto questo sarà possibile, secondo quanto sottolineato da vari rappresentanti delle categorie coinvolte, se saranno sanati alcuni vulnus che continuano ad essere presenti anche in quelle realtà all'avanguardia sulla sperimentazione prima e introduzione poi a regime della ricetta digitale.

Malgrado la rassicurazione del Ministero della Salute che dal 2016 i vari sistemi elettronici saranno interconnessi, non si può fare a meno di se-

gnalare che in Italia sono ancora molti i territori in cui non sono presenti collegamenti ad alta velocità e che spesso i sistemi gestionali utilizzati risultano troppo eterogenei. Bisogna poi fare i conti con l'avvio di una dematerializzazione più di forma che di sostanza. Non dimentichiamo che al momento ai pazienti non basta presentare al farmacista la tessera sanitaria col codice a barra per ottenere quanto prescritto in modalità digitale, devono consegnare al farmacista un promemoria cartaceo. Una soluzione transitoria, così era stata presentata, ma che vige tutt'ora e che ha costretto molti medici di famiglia a cambiare pc, a comprare stampanti e pure la carta. Alcune Regioni, come il Piemonte, tra le prime ad introdurre la ricetta digitale, ha istituito un tavolo ad hoc sulla questione ed ha siglato un accordo con i Mmg affinché si adeguassero ai nuovi standard, accordo che però scade a fine dicembre ed al momento non ci sono notizie di nuove convocazioni per rinnovarlo. Nell'accordo era previsto per l'adeguamento dei software, hardware e rete un contributo di 150 euro a trimestre e uno di 210 euro, sempre trimestrale per le spese di stampante e toner.

Autocertificazione dei primi tre giorni di malattia, tutto tace

Nessuna novità sulla mozione presentata in Senato circa la possibilità per il lavoratore di attestare la propria condizione di malattia all'Inps e al datore di lavoro nei casi di assenza inferiore ai 3 giorni. A darne notizia è stato Augusto Pagani, Presidente OMCEO di Piacenza a latere del Convegno: "Il certificato medico: tra certezze e incertezze di un atto dovuto"

Francesco Gombia

Tutto tace sulla mozione presentata in Senato che avrebbe finalmente risolto alcune controversie relative alla certificazione di malattia. "Il disegno di legge presentato lo scorso 10 settembre per riformare il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in materia di false attestazioni o certificazioni e controlli sulle assenze è sommerso tra le carte del Parlamento e non ci sono sviluppi interessanti sul tema". Così commenta a M.D.

Augusto Pagani, Presidente OMCEO di Piacenza, l'indecisione da parte del governo nel risolvere una questione che si trascina da molto tempo.

La normativa vigente prevede che, in tutti i casi di assenza per malattia, la certificazione medica attestante lo stato di salute del lavoratore debba essere inviata all'Inps per via telematica, a partire dal primo giorno di assenza, dal medico, o dalla struttura sanitaria che la rilascia. La certificazione medica inviata deve, inoltre, attestare dati clinici direttamente constatati e oggettivamente documentati. In mancanza di queste caratteristiche, infatti, al medico si applicano le stesse sanzioni previste nei casi di certificazione medica falsa.

"Il certificare non è un atto semplice, anche se spesso può essere sottova-

lutato, pertanto invitiamo i medici a farlo bene, usando buon senso e prudenza" - precisa Pagani -, che di recente ha promosso un convegno *ad hoc* sul tema: "Il certificato medico: tra certezze e incertezze di un atto dovuto" con il patrocinio della FNOMCEO e la collaborazione scientifica della Società Bio-Giuridica Piacentina.

► Le cifre

Intanto i dati relativi ai certificati di malattia nel 2014, emersi da un'elaborazione dei Consulenti del lavoro su dati Inps, sono chiari: il numero di certificati sono diminuiti nel privato, ma cresciuti nella Pubblica Amministrazione. Nel privato si è ammalato il 40% dei circa 10 milioni di lavoratori: si registrano 4 milioni di malati e 8.4 milioni di casi di malattia, ma i certificati sono scesi di 450 mila unità, da 11.86 milioni a 11.41. Nel pubblico invece sono aumentati di 410 mila unità, da 5.47 a 5.98 milioni: si sono ammalati 1,7 milioni su circa 3 milioni di lavoratori. Altro dato chiave: nel pubblico la spesa per le visite appare fuori controllo. L'aumento delle malattie brevi, da 1 a 3 giorni, costringerà l'Amministrazione a disporre un maggior numero di visite fiscali. "La responsabilizzazione

del cittadino lavoratore dovrà procedere di pari passo con un più efficace e tempestivo controllo dei casi sospetti. Questo perché ci sono molte situazioni non obiettivamente dal medico e, quindi - sottolinea Pagani - non immediatamente riconoscibili; la responsabilizzazione del cittadino è centrale". A tale riguardo Pagani avanza una proposta: "Bisognerebbe abbinare questo processo ad un meccanismo premiante per i lavoratori che non presentano richieste di malattia al di sotto di un certo limite".

Nel disciplinare di questa materia, infatti, si sarebbe dovuto tenere conto del fatto che ogni giorno sono inviati all'Inps moltissimi certificati di malattia ma, nella maggior parte dei casi, relativi ad assenze dal lavoro inferiori a 3 giorni e riguardanti sintomi riferiti dal paziente difficilmente verificabili dal medico sul piano clinico. Si tratta in questi casi di stati di malessere generale, di disturbi di rado accertabili.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista ad Augusto Pagani

Il dottor web avanza, ma sul podio resta il Mmg

Un italiano su 2 ricerca attivamente informazioni sulla salute via web, un dato che sale a 2 su 3 nella fascia tra i 25 e i 55 anni.

Per tutti però il medico è il riferimento centrale: al primo posto c'è il Mmg seguito dallo specialista. È quanto rivelano i risultati di una ricerca realizzata da Gfk e presentati all'Università Sapienza di Roma durante l'incontro 'La salute in rete: progresso o pericolo?', promosso da Ibsa Foundation

Il 63% degli italiani, dopo aver trovato on line informazioni sulla salute, si reca dal proprio medico di fiducia per ulteriori delucidazioni e approfondimenti. È quanto rivelano i risultati di una ricerca realizzata da Gfk su un campione di 2.066 soggetti, presentata durante l'incontro 'La salute in rete: progresso o pericolo?' promosso da Ibsa Foundation all'Università Sapienza di Roma per analizzare come lo sviluppo delle nuove tecnologie e la loro diffusione nella popolazione italiana abbia contribuito a cambiare anche il modo in cui i pazienti si informano sulla salute.

Il primo dato che emerge dall'indagine è che 1 italiano su 2 ricerca attivamente informazioni sulla salute, 2 su 3 nella fascia tra i 25 e i 55 anni. Per tutti il medico è il riferimento centrale (85% Mmg, 68% medico specialista), subito seguito dal web, il cui ruolo rilevante è confermato dal 49% degli intervistati. Vengono dopo i consigli del farmacista (37%), quelli di parenti e amici (36%) e infine quelli dei media (24%). I laureati utilizzano molteplici ca-

nali, ricorrendo al medico di medicina generale per il 79% e al web per il 73%, mentre tra chi ha la sola licenza elementare si registra una fortissima prevalenza del ricorso al medico di famiglia, 91%, a fronte di un utilizzo dei canali web (8%). Diverse le informazioni ricercate a seconda della gravità delle condizioni di salute, chi ha problemi più gravi cerca per il 59.3% informazioni sui centri di eccellenza, l'83.7% cerca su di uno specifico problema di salute, mentre tra chi non ha problemi di salute specifici il 58.2% cerca informazioni su corretti stili di vita o comportamenti salutistici. Le ricerche degli italiani comprendono inoltre approfondimenti sui farmaci prescritti dal medico (44%) e su quelli da banco (35%).

Ma i medici come vivono questa nuova realtà e cosa pensano dei pazienti che prima di confrontarsi con loro cercano informazioni via web? Il 10% dei medici di medicina generale e il 17% degli specialisti pensa che sia utile cercare informazioni su internet e utilizzarle per confrontarsi con il medico.

► Un portare di riferimento

Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, ospite del convegno al riguardo ha tenuto a sottolineare che: "Il web rappresenta un'enorme opportunità in termini di conoscenza, ma nell'esplorare la rete sono necessari gli strumenti per orientarsi sull'autorevolezza delle fonti che producono informazioni, e in medicina la qualità delle informazioni è una questione centrale".

"In Italia esistono tanti siti che producono informazioni di ottima, buona, media e scarsa qualità - ha aggiunto Ricciardi - in diversi argomenti di salute. Ciò che manca è un portale che in qualche modo sia di riferimento per tutti i temi di natura medica capace di fornire indicazioni basate su evidenze scientifiche. Serve un filo di Arianna per orientarsi nel labirinto delle tante e disparate fonti che circolano sul web, uno strumento flessibile, semplice nel linguaggio ma rigoroso nei contenuti che nel dialogare con il cittadino educi al metodo scientifico e rinsaldi la sua alleanza con il medico".

Sviluppo della medicina territoriale?

Tante parole, pochi fatti

Non ci sono oppositori alla necessità di investire sulla medicina del territorio per rispondere al crescente bisogno delle multi-cronicità. Ma alla resa dei conti si tratta di dichiarazioni di circostanza se nei fatti non si sostiene la formazione specifica in Medicina Generale. È quanto sottolinea la Fimmg, commentando la Legge di Stabilità

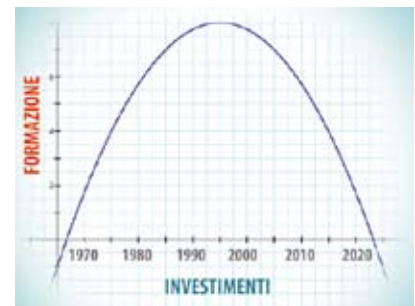
Simone Matrisciano

Nel 2026 il 50% dei Mmg italiani sarà in pensione, un dato che sembra non spaventare visto che gli investimenti per la formazione dei medici di famiglia sono fermi al 1994 e neanche questa volta la Finanziaria ha cambiato direzione. “Anche con questa Legge di Stabilità non possiamo che prendere atto della totale assenza di attenzione per la Medicina Generale. Da un lato fioccano le dichiarazioni sulla necessità di investire nella medicina del territorio per garantire sostenibilità e accessibilità dell’assistenza, dall’altro non si investe, qualitativamente e quantitativamente, nella formazione di professionisti che dovranno garantire il servizio anche attraverso una nuova modalità organizzativa dell’assistenza”. Così **Giacomo Milillo**, Segretario Nazionale della Fimmg, ha commentato i contenuti del Ddl stabilità relativi agli investimenti nella formazione. “Il Ddl stabilità - sottolinea Milillo - prevede il rifinanziamento dei contratti di formazione specialistica così da garantire l’accesso e il mantenimento di 6.000 contratti l’anno; nessun tipo di investimento invece sulla formazione specifica in Medicina Generale, nessuna ‘di-

chiarazione’ di attenzione, a conferma di quanto sia iniquo l’investimento, economico e culturale, nelle due aree di formazione post-laurea. Negli ultimi 25 anni il finanziamento del corso di formazione in Medicina Generale non ha avuto mai alcun adeguamento e le borse di studio continuano ad essere nettamente sottofinanziate”.

► Le attività professionalizzanti

“Ricordiamo - precisa Milillo - che un formando in Medicina Generale costa la metà di uno specializzando, un minore investimento economico corrisponde in termini assoluti a più borse di studio erogate e dunque a più medici formati, la categoria da tempo si è resa disponibile a finanziare con il proprio contratto le attività professionalizzanti dei medici in formazione”. Gli fa eco il Vice segretario nazionale, **Silvestro Scotti**, ribadendo che gli investimenti per la formazione dei Mmg sono fermi al 1994 e neanche questa volta la Legge di Stabilità ha cambiato direzione. “Si viaggia ormai verso una massiccia precarietà dei giovani medici, senza considerare la dequalifi-



cazione della professione che fa vivere noi camici bianchi in un limbo non più sostenibile”. In ragione dei mutati bisogni di salute, caratterizzati da un carico crescente di multi-cronicità e co-morbidità per Scotti si legittima il dubbio che ci sia un progetto di dequalificazione della MG. “Così facendo - puntualizza - si sta innescando un processo che porterà l’Italia, nei prossimi anni, a ricorrere alle classiche sanatorie, con multe non evitabili dalla Comunità europea”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l’intervista a Silvestro Scotti

Il collaboratore di studio: un leader silenzioso e prezioso

Gli studi dei Mmg sono delle vere e proprie palestre formative per le nuove frontiere organizzative della medicina territoriale che richiederanno assistenti, con profili lavorativi sempre più definiti, capaci di interfacciarsi con l'amministrazione pubblica e le Asl

Giuseppe Mittiga - *Medicina Generale, Roma*

Ad aprile è stato rinnovato il CCNL dei dipendenti degli studi professionali con impegno specifico delle parti a: inquadrare, previo alcuni requisiti, nel IV livello super quelle che un tempo e ancora oggi chiamiamo semplicemente segretarie. A tale riguardo nel contratto c'è una declaratoria specifica che definisce compiti e ruolo dell'assistente dello studio del Mmg. La Medicina Generale (MG) è una trincea anche negli ambiti più organizzati e negli ambienti con livello socio economico medio. La pur giovane letteratura sull'organizzazione dello studio di Medicina Generale ci fa notare come la gestione del lavoro in questo settore sia importante quanto l'atto medico.

In un tale contesto il collaboratore di studio del Mmg non esegue meramente ordini, ma acquisisce un bagaglio di nozioni mediche socio-sanitarie e burocratiche che deve riuscire ad impiegare per evadere le crescenti richieste dei pazienti anche quelle più complicate e non sempre appropriate. Bisogna dare risposte, evitando di non urtare la sensibilità e le intime convinzioni dei pazienti, educandoli, alfabetizzandoli sui diritti e anche sui doveri insiti nel nostro Ssn. Lo studio del Mmg è attualmente, oborto col-

lo, simile ad Caf, ad un ufficio postale, ad uno sportello sociale del Comune, ad una succursale Asl. Per quanto il medico possa sforzarsi di non divenire il surrogato di tali uffici, non può rifiutarsi di instradare l'utente.

► **Ci vuole una forte motivazione**

I nostri assistenti di studio devono saper amministrare un telefono che squilla incessantemente, avere le competenze per compilare ricette per farmaci ed esami specialistici, interpretare istanze non sempre intellegibili provenienti sia dall'utenza sia dagli specialisti che spesso utilizzano grafie difficili da comprendere, ricevere gli imput del datore lavoro. Soprattutto devono essere al corrente delle mille norme, limitazioni, delibere regionali, disposizioni distrettuali. Ma non si limitano solo a questo, devono essere capaci di gestire la sala d'attesa, devono quindi essere in grado di smussare quei normali attriti tra utenti, quelle incomprensioni, quella complessità umana che si ritrova in Italia in ogni ufficio pubblico. Assertività, empatia, polso, adattabilità a persone e situazioni sono caratteristiche indispensabili per svolgere tale professione. Serve quindi una grande motivazione perché a loro noi

affidiamo una delega ampia.

A differenza di altri studi professionali, in cui spesso di anno in anno si avviano segretarie diverse, in genere il collaboratore di studio del Mmg resta al suo posto per anni, è irrinunciabile per il medico e per l'utenza, riceve stima nella grande maggioranza dei casi ed ha un riconoscimento sociale nel contesto territoriale.

Le nuove frontiere organizzative della medicina territoriale, strutturate su una forte integrazione ospedale territorio, sono impossibili da valicare senza nuove risorse umane ed economiche. Richiederanno quindi assistenti con profili lavorativi sempre più definiti, capaci di interfacciarsi con l'amministrazione pubblica e le Asl. Usufruire di personale già formato e specializzato presso gli studi dei Mmg rappresenterebbe una risorsa importantissima per le aziende sanitarie e i distretti. Il personale di studio dal suo canto potrebbe trovare altrettanto interesse a modificare il proprio orario di lavoro che quasi sempre è parziale. Il medico potrebbe trovare congeniale nell'economia del suo lavoro "burocratico" far svolgere al proprio posto alcuni compiti nel distretto e impiegare gli assistenti di studio nei progetti di prenotazione, gestione pazienti cronici ecc.

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Iperensione arteriosa: applicabilità dello studio SPRINT

■ **DERMATOLOGIA**

Il sommerso delle dermatiti allergiche professionali

■ **DIABETOLOGIA**

Profilo assistenziale della popolazione diabetica

■ **NEUROLOGIA**

Diagnosi precoce e preclinica di malattia di Alzheimer

■ **OTORINOLARINGOIATRIA**

Approccio integrato al paziente con vertigine

■ **DIPENDENZE**

Nuove prospettive nel trattamento del paziente alcolista

■ CARDIOLOGIA

Ipertensione arteriosa: applicabilità dello studio SPRINT

Lo studio SPRINT (*Systolic Blood Pressure Intervention Trial*) di confronto fra una terapia ipertensiva intensiva verso un approccio di cura standard in pazienti ipertesi con fattori di rischio cardiovascolari è stato precocemente interrotto per gli evidenti benefici ottenuti nel gruppo in trattamento rispetto al gruppo di controllo.

I target di PAS erano, rispettivamente, inferiore a 120 mmHg e inferiore a 140 mmHg. Il trial, pubblicato su *New England Journal of Medicine* lascia comunque aperte alcune questioni.

► Questioni aperte

I risultati dello studio sono rilevanti e sulla base di questi dati la comunità scientifica si interroga su quali siano i valori target realmente desiderabili: è corretto affermare che siano meglio i valori più bassi? E quanto bassi devono essere questi valori desiderabili? Le indicazioni del JNC 7, pubblicate nel 2003, indicavano una soglia di 140/90 mmHg per la maggior parte dei soggetti adulti, ad eccezione di chi era affetto da diabete o da nefropatia cronica che dove-

va puntare a 130/80 mmHg; hanno inoltre creato una nuova categoria, quella dei pre-ipertesi, cioè persone sane che dovevano raggiungere PA di 120/80 mmHg. L'edizione delle linee guida JNC 8 del 2014 riportava evidenze forti solo per valori desiderabili di 150/90 mmHg in pazienti di 60 anni o più, eliminando i target pressori più bassi per pazienti diabetici o con nefropatia, per i quali gli obiettivi erano fissati in 140/90 mmHg.

Secondo gli investigatori dello studio ci sarà una nuova revisione delle linee guida, con un'enfasi a una cura individualizzata del paziente: infatti, anche se dal trial emerge una forte evidenza dei benefici che derivano da una riduzione pressoria a 120 mmHg in una popolazione selezionata di pazienti, non è però detto che ciò possa essere considerato una raccomandazione estendibile a tutti i pazienti. Dallo studio sono emersi due importanti rilievi: i maggiori benefici di un trattamento antipertensivo intensivo si sono registrati nei pazienti di oltre 75 anni e in coloro che al basale avevano una PAS inferiore a 132 mmHg.

► Riflessioni dalla Medicina Generale

Ma quali sono le indicazioni che dallo studio SPRINT possono essere traslate nella Medicina Generale? Un medico di medicina generale della Georgetown University School of Medicine sottolinea che nel gruppo in trattamento intensivo dello studio meno della metà dei decessi è stato attribuibile a cause cardiovascolari, il che suggerisce che gli effetti positivi di questo tipo di intervento potrebbero derivare da una maggiore attenzione dedicata dai medici a questi pazienti ad alto rischio piuttosto che da un effetto diretto sulla riduzione pressoria. Inoltre, è bene considerare la particolare tipologia di pazienti arruolati nello studio SPRINT: si trattava infatti di soggetti ipertesi adulti ad alto rischio, di età pari o superiore a 50 anni, con uno score medio di rischio secondo Framingham del 20%. Non sono risultati eleggibili né pazienti con diabete, né pazienti con una storia di ictus. Ciò suggerisce quindi come sia prematuro estrapolare i dati dello studio per la maggior parte dei pazienti a rischio cardiovascolare basso che, in assenza di un evidente incremento di beneficio, potrebbero invece essere più vulnerabili nei confronti di un aumentato rischio di eventi indesiderati correlati a un approccio terapeutico aggressivo.

Bibliografia

- The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015; DOI:10.1056/NEJMoa1511939.

■ DERMATOLOGIA

Il sommerso delle dermatiti allergiche professionali

Ogni anno in Italia vengono denunciati 600 casi di dermatiti professionali, ma la situazione reale avrebbe dimensioni decisamente più preoccupanti. Infatti, con 172 nuovi allergeni scoperti negli ultimi otto anni, di cui ben 119 correlati a dermatiti in ambiente lavorativo, si stima che i lavoratori colpiti da una patologia dermatologica correlata al proprio impiego siano un numero molto più elevato. Lo hanno sottolineato gli esperti riuniti al congresso della Società Italiana di Dermatologia Allergologica Professionale e Ambientale (SIDAPA, Caserta 5-7/11/2105), spiegando che le mancate denunce derivano anche in buona parte dalla crisi economica: la paura di perdere il lavoro spinge molte persone a tacere i disturbi. Segnalare i problemi è invece essenziale per riconoscere le situazioni di rischio e mettere in pratica i metodi di prevenzione, spesso semplici. Fondamentale dunque il ruolo del Mmg, primo referente delle problematiche di salute dei pazienti.

► Personale sanitario a rischio

“Ogni anno - ha spiegato a *M.D.* **Nicola Balato**, presidente del Congresso e professore associato di

dermatologia all'Università Federico II di Napoli - sono circa venti i nuovi allergeni individuati e il 40% sono sostanze comuni in ambiente lavorativo. Un terzo appartiene alla lista degli ingredienti usati in ambito cosmetico, indicati genericamente come *air conditioning agents*: sostanze definite 'idratanti', 'umettanti', 'emollienti' e agenti protettivi che si possono trovare in tinture per capelli, smalti per unghie, cere depilatorie, prodotti per il corpo e che mettono a rischio estetiste, parrucchieri, addetti dei centri benessere.

La probabilità di dermatiti professionali è alta anche in medici, infermieri e badanti che somministrano i farmaci: le polveri che si depositano sulla cute toccando le pillole o spezzandole possono provocare irritazioni e sono numerosi gli operatori sanitari ipersensibili per contatto a medicinali molto diffusi”.

Oggi è necessario considerare anche nuove professioni ritenute in passato meno esposte alle reazioni allergiche, che si sono invece dimostrate a rischio. “Alcuni nuovi allergeni - precisa il Prof. Balato - sono contenuti in erbicidi usati dai giardinieri o nelle gomme utilizzate dagli idraulici, mentre fanno capolino nuove allergie che riguardano gli

addetti alla ristorazione: chili e camomilla hanno già provocato casi di dermatite da contatto in addetti dei fast-food e baristi. Riguarda infine i tabaccai ma anche gli incalliti amanti del gratta e vinci la dermatite da contatto indotta dal nickel contenuto nei rivestimenti del tagliando della fortuna”.

► Suggestimenti di prevenzione

Conoscendo quali sono le situazioni a rischio, si potrebbe meglio prevenire la comparsa delle dermatiti professionali. Per esempio gli addetti dei centri estetici dovrebbero sempre usare i guanti per ridurre il contatto con le sostanze potenzialmente allergizzanti presenti nei prodotti utilizzati. Infermieri, medici e badanti dovrebbero sciacquare subito le mani dopo avere toccato le compresse, senza toccarsi il viso per non indurre una reazione allergica cutanea anche sul volto.

Utili anche le creme barriera, da utilizzare in aggiunta ai guanti come protezione per mantenere la pelle sana. Diminuire le possibilità di contatto con gli allergeni è dunque il modo migliore per ridurre l'incidenza delle dermatiti professionali, ma la prevenzione dovrebbe iniziare anche prima.



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

■ DIABETOLOGIA

Profilo assistenziale della popolazione diabetica

L'assistenza erogata per il diabete rappresenta una delle voci più rilevanti nel bilancio dello Stato e delle Regioni, stretta fra i bisogni dei pazienti e la limitatezza delle risorse. Ottenere informazioni puntuali sui flussi assistenziali e sulla spesa rappresenta un elemento base per lo sviluppo di programmi volti a migliorare l'assistenza garantendo nel contempo la sostenibilità economica. Una recente fotografia della situazione italiana è fornita dall'ultimo rapporto Arno, elaborato dalla Società Italiana di Diabetologia in collaborazione con il consorzio interuniversitario Cineca.

► Dati epidemiologici

Analizzando i dati relativi a oltre 30 Asl (flussi registrati nel 2014) è stato individuato un campione di 550mila persone con diabete, corrispondenti a una prevalenza del 6,2%: un dato raddoppiato rispetto a 30 anni fa e che porta a stimare una popolazione di più di 3.500.000 di individui. Accanto ai casi noti ci sono anche i casi di malattia misconosciuta, che secondo le stime corrispondono al 20-30% del totale, portando così la prevalenza complessiva a superare l'8%, e quindi a circa 5 milioni i casi

complessivi. Oltre il 65% dei diabetici si colloca nella fascia di età superiore ai 65 anni. Circa il 25% dei pazienti ha età ≥ 80 anni e meno dell'1% ha età < 20 anni, il 3% dei soggetti ha meno di 35 anni.

► Costi assistenziali

Il costo complessivo annuale per il monitoraggio e la cura del diabete è di circa 2900 € nei diabetici, rispetto ai 1600 € dei non diabetici. La composizione della spesa per circa la metà è da riferire ai ricoveri, per il 21% alla specialistica, per il 20% ai farmaci diversi dagli antidiabetici, per il 7% ai farmaci antidiabetici e per il 4% ai dispositivi. Circa un diabetico su cinque viene ricoverato almeno una volta/anno (82% ricoveri ordinari, 25% accesso in Day Hospital). Il tasso di ricovero ordinario nei diabetici è il 62% più alto rispetto ai non diabetici.

► Trattamenti farmacologici e automonitoraggio

► Il farmaco più utilizzato è la metformina (>80%). Oltre il 40% dei soggetti è trattato con sulfoniluree o repaglinide, usate più spesso negli anziani, i più fragili e a rischio effetti indesiderati. Ancora limitato - circa il 12% - l'uso

delle incretine (inibitori DPP-4 e agonisti del recettore GLP-1), nonostante il loro rapporto rischio-beneficio sia più favorevole. "Il maggiore costo a volte gioca contro i farmaci nuovi - ha commentato il Presidente della SID Enzo Bonora - ma se si considera la spesa nel suo complesso (farmaco + dispositivi + costo delle patologie iatrogene come l'ipoglicemia) essa è inferiore o comunque non superiore con le incretine, rispetto alle sulfoniluree/glinidi. Lo stesso ragionamento probabilmente lo si dovrà fare fra qualche tempo con gli inibitori SGLT-2, non presenti nel rapporto ARNO, in quanto sul mercato italiano solo dal 2015". Stabile l'uso di pioglitazone (5%) e acarbose (3%). "Si tratta di ottimi farmaci - continua Bonora - che meritano un'adeguata attenzione, nel contesto di quella personalizzazione della cura del diabete tipo 2 che è raccomandata dalle linee guida".

Radicalmente opposta la situazione sul fronte insuline: sempre più usati gli analoghi e sempre meno le vecchie insuline umane DNA-ricombinanti.

► Sono solo la metà i soggetti che fanno uso di dispositivi (aghi per penna o siringhe, lancette pungidito e strisce per la misurazione della glicemia). È una percentuale decisamente bassa se si considera che circa il 25% dei soggetti è in trattamento insulinico e che circa il 40% dei pazienti assume secretagoghi, farmaci a rischio di ipoglicemia, un evento che talora è misconosciuto perché asintomatico o paucisintomatico e che andrebbe rilevato proprio con un regolare e ben strutturato automonitoraggio glicemico domiciliare.

■ NEUROLOGIA

Diagnosi precoce e preclinica di malattia di Alzheimer

I più aggiornati dati epidemiologici segnalano che in Italia si registrano oltre 600.000 casi di malattia di Alzheimer, la più comune forma di demenza. Dato l'allungamento delle aspettative di vita e l'invecchiamento progressivo della popolazione, si prevede che nel 2050 vi saranno più di 100 milioni di persone affette nel mondo, con crescenti costi sanitari e un enorme impatto economico e sociale. Nel corso del congresso della Società Italiana di Neurologia (Genova, 10-16 ottobre) è stato dedicato ampio spazio alle problematiche legate a questa patologia, sia per quanto riguarda la gestione dei pazienti, sia per le novità in campo diagnostico, che potrebbero aprire la strada a nuove prospettive terapeutiche.

Una panoramica sull'importanza di una diagnosi precoce e preclinica è stata illustrata a *M.D.* da **Carlo Ferrarese** - Direttore Scientifico del Centro di Neuroscienze di Milano - Università di Milano-Bicocca, Ospedale San Gerardo di Monza.

► Indagini diagnostiche

Il disturbo cognitivo lieve o "Mild Cognitive Impairment" (MCI) è una condizione che spesso precede di

alcuni anni la demenza vera e propria e che è diagnosticabile con opportune valutazioni neuropsicologiche.

È acquisito inoltre che il processo patologico che colpisce il cervello e che è responsabile della manifestazione di MCI e poi di demenza precede di vari anni queste condizioni cliniche.

La ricerca ha dimostrato che alla base della malattia vi è l'accumulo progressivo nel cervello della proteina beta-amiloide, che distrugge le cellule nervose e i loro collegamenti.

Oggi è possibile dimostrare il suo accumulo nel cervello mediante la PET, con la somministrazione di un tracciante che lega tale proteina. Inoltre è possibile analizzare i livelli di questa proteina nel liquido cerebrospinale, mediante puntura lombare.

Tali indagini possono dimostrare accumuli della proteina anche anni prima delle manifestazioni cliniche di malattia.

Altri esami, quali la RM cerebrale o la PET con un tracciante per lo studio del metabolismo cerebrale (PET FdG) possono documentare un'iniziale atrofia o un ridotto metabolismo del cervello anche nelle fasi più iniziali della malattia.

Questi esami permettono quindi una diagnosi più accurata, precoce o

addirittura preclinica della malattia di Alzheimer, prima che si sia dimostrata clinicamente la demenza.

► Terapie in sperimentazione

La diagnosi precoce è indispensabile per poter indirizzare il paziente verso strategie terapeutiche, attualmente in fase avanzata di sperimentazione, che potrebbero modificare il decorso della malattia. Queste terapie in via di sperimentazione agirebbero proprio sulla proteina beta amiloide, bloccandone l'accumulo, inibendone la produzione o rimuovendola con anticorpi.

Attualmente nel paziente con demenza sono disponibili solo terapie sintomatiche che mitigano i deficit di memoria o i disturbi comportamentali associati, ma come noto non esiste una terapia efficace nel bloccare l'avanzare della malattia.

Per tale motivo riveste un ruolo cruciale proprio una diagnosi precoce di declino cognitivo lieve, perché queste nuove strategie terapeutiche saranno verosimilmente efficaci solo se somministrate nelle fasi prodromiche di malattia, cioè prima che si sia manifestata la demenza in fase conclamata, quando le cellule nervose sono ormai irreparabilmente danneggiate.



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

■ OTORINOLARINGOIATRIA

Approccio integrato al paziente con vertigine

Nel corso del Terzo congresso nazionale della Società Italiana di Vestibologia (VIS), che riunisce gli esperti della funzione e dei disturbi dell'equilibrio, un ampio spazio di discussione e confronto è stato riservato al tema dell'approccio integrato al paziente con vertigine (Reggio Emilia, 30-31 ottobre 2015).

► **Vertigine e dizziness: definizione**

All'interno di un simposio dedicato, il tema è stato affrontato a partire dalla definizione corretta del sintomo e della malattia, secondo i seguenti enunciati:

- **Vertigine:** falsa sensazione di movimento in assenza di un reale movimento della testa o del corpo, ovvero sensazione di movimento distorta o alterata rispetto al movimento oggettivo della testa.
- **Dizziness:** senso dell'orientamento spaziale disturbato o alterato, in assenza di una falsa sensazione di movimento.

► **Cause vascolari e approccio eziopatogenetico**

Un corretto inquadramento diagnostico e terapeutico dei disturbi vertiginoso-posturali di origine vascolare non può prescindere dall'identifica-

zione dei meccanismi eziopatogenetici e fisiopatologici, al fine di indirizzarsi verso una terapia il più possibile "mirata". L'approccio eziopatogenetico è complesso, ma fondamentalmente i bersagli sono due: endotelio e glicocalice di GAGs. È importante interrompere il modello di risposta al danno su base flogistica endoteliale che, dall'adesione di leucociti e piastrine, porta alla liberazione di citochine e chemochine, fino all'attivazione delle metalloproteasi ed alla rottura delle barriere emato-neurali, con danno microvascolare e cerebrale.

► **Lo studio "VascVert"**

Sulla base dell'esperienza italiana dello studio VascVert - che ha approfondito il ruolo dell'endotelio, in particolare del glicocalice di GAGs - condotto su pazienti con sindrome vertiginosa di verosimile origine vascolare, è stato prodotto un protocollo diagnostico-terapeutico: la presenza di tre o più fattori di rischio cardiovascolari e la chiara positività per patologia vascolare di almeno un esame strumentale (RM/TC) dirige il clinico verso la diagnosi di sindrome vertiginosa di natura vascolare. La ricerca ha inoltre evidenziato l'importanza di una terapia causale non solo ad azione antiaggregante, ma che

consideri anche altri aspetti, in particolare trombogenesi, viscosità ematica e microcircolo.

► **Best practice nel deficit vestibolare acuto**

La vertigine acuta è un sintomo che va correttamente indagato in tempi brevi perché può riconoscere un'origine periferica (per es. una sofferenza a carico dell'orecchio interno), ma anche cause centrali (per es. un infarto del cervelletto). È principalmente la semeiotica che può indirizzare il clinico verso la corretta diagnosi differenziale tra lesioni periferiche e centrali della vertigine "spontanea" acuta, oltre ad essere un supporto per identificare i pazienti a rischio vascolare. Ecco allora che l'esame clinico e il "saper fare" del medico mettono in condizione di porre una corretta diagnosi differenziale, anche in assenza di strumentazione.

L'anamnesi, la visita con esame oto-neurologico correttamente eseguita, con un impegno di circa 4-5 minuti, è il percorso per individuare la sede della lesione.

Nella maggior parte delle forme acute si è in grado di fare una diagnosi precisa, senza la necessità di dover ricorrere a particolare strumentazione.

Inoltre l'osservazione deve essere posta sul nistagmo, segno tipico di una sofferenza dell'apparato vestibolare. Saranno poi le caratteristiche del nistagmo, così come le modifiche delle sue caratteristiche a seguito di determinate manovre, e l'oculomotricità a condurre il clinico verso la corretta identificazione della patologia responsabile della vertigine.

► Strategia terapeutica della vertigine

La frequente mancanza di una causa specifica dell'insorgenza del disturbo vestibolare rende indispensabile considerare gli aspetti fisiopatologici che possono determinarlo. Il progetto terapeutico integrato prevede la pianificazione di un programma riabilitativo domiciliare e assistito, comportamentale, farmacologico e chirurgico da riservare a casi selezionati.

• **Trattamento riabilitativo:** è volto a ripristinare le compromesse abilità motorie e finalizzato alla riprogrammazione propriocettiva, cognitiva, posturale, vestibolare. Obiettivo è quello di evitare il rischio di caduta, facilitare i processi di compenso funzionale, migliorare le performance motorie e la qualità di vita.

• **Indicazioni comportamentali:** il paziente va motivato a seguire con costanza il percorso terapeutico e gli andrebbero suggeriti comportamenti atti ad evitare il rischio di cadute.

• **Trattamento farmacologico:** spesso non è possibile identificare la causa principale all'origine della vertigine, quindi il riferimento è l'identificazione dei meccanismi patogenetici. In particolare una lesione di tipo infiammatorio, traumatico, infettivo può essere all'origine di un ridotto flusso a livello dei capillari più sottili dell'encefalo e dell'orecchio interno, che hanno una omeostasi simile. Questo può quindi provocare la produzione di processi infiammatori, che determinano danno endoteliale e ridotta possibilità di compenso funzionale. Da qui la necessità di utilizzare in particolare farmaci ad azione vasoattiva vascolare e farmaci ad attività neuromodula-

toria (tabella 1). Tra i farmaci vasoattivi ad azione mista sulodexide è un farmaco di parete, che rallenta i processi di infiammazione e di trombizzazione dei capillari più sottili, migliora la deformabilità eritrocitaria, è eparino-simile, ma privo degli effetti collaterali dell'eparina. Possiede una azione trofica sull'epitelio e migliora il flusso arterioso a livello endoteliale, quindi dei capillari più sottili, ottimizzando tutti quei processi di neuro-modulazione indispensabili alla cosiddetta plasticità neuronale, che sta alla base del recupero motorio del paziente. In merito a questo ultimo aspetto l'utilizzo di neuromodulatori può aiutare a migliorare il metabolismo glucidico-energetico a livello delle neurosinapsi del SNC e del sistema vestibolare.

► Fattori di interferenza negativa

A seguito di un episodio vertiginoso acuto una percentuale non trascurabile di pazienti ha la necessità di una riabilitazione vestibolare, accompagnata da un adeguato controllo della condizione psicologica per evitare che un evento acuto si cronicizzi (vertigine cronica). Ci si può avvalere di metodiche strumentali, in particolare video-input test dell'analisi metrica delle condizioni posturali, e di questionari che valutano la qualità di vita del paziente.

Il percorso può essere accompagnato da un eventuale supporto farmacologico vascolare, specialmente con farmaci vasoattivi laddove, ed è questa una condizione molto frequente, il paziente presenti manifestazioni cerebrali tipo "white matter lesion", segni micro circolatori ben visibili alla RM. Un programma di ria-

Tabella 1

Farmaci patogenetici

- **Eparinici:** azione inibente diretta sulla trombina e blocco dei fattori IX e XI della coagulazione.
- **Antiaggreganti piastrinici:** inibiscono l'adesione e l'aggregazione piastrinica in pazienti ad elevato rischio trombotico.
- **Farmaci di parete:** azione sull'endotelio dei vasi, migliorano la deformabilità eritrocitaria e prevengono l'adesione piastrinica in pazienti con fattori di rischio vascolare.
- **Farmaci con azione combinata:**
sulodexide
80% eparina + 20% dermatan-solfato (basso-medio PM)

Organo bersaglio: Endotelio (periciti)

- Azione trofica, protettiva, antitrombotica, fibrinolitica, antiaggregante, anti-infiammatoria, immunomodulante.
- Ripristino del glicocalice endoteliale.
- Riduzione/prevenzione dei fenomeni trombotici/infiammatori.
- Ripristino dell'omeostasi cerebrale.
- Ripristino dell'omeostasi dell'orecchio interno.

biilitazione vestibolare, soprattutto se personalizzato, accelera notevolmente i tempi di riacquisizione di un buon controllo motorio.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone le interviste a: Giovanni Ralli (Roma), Rudi Pecci (Firenze), Vincenzo Marcelli (Napoli), Cristiano Balzanelli (Brescia), Augusto Pietro Casani (Pisa).

■ DIPENDENZE

Nuove prospettive nel trattamento del paziente alcolista

In oltre 2 casi su 3 le persone dipendenti dall'alcol ricadono nella dipendenza o nell'abuso entro i primi 12 mesi di trattamento (astensione totale e immediata) o non raggiungono l'astensione. "Per molti dei pazienti che hanno iniziato un percorso di cura il mantenimento dell'astensione rappresenta spesso un obiettivo difficile da raggiungere. La conseguenza è che ricadono nell'alcol dipendenza", spiega a *M.D.* lo psichiatra **Luigi Janiri**, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

▶ Nuovo approccio

Una soluzione alternativa all'astensione totale è la "Soft Therapy", un protocollo di cura adottato dal 2014 presso il Day Hospital di Psichiatria e Farmacodipendenze del Policlinico "A. Gemelli" di Roma e che attualmente viene utilizzato anche in diversi altri Centri specializzati del nostro Paese. A differenza dell'astensione, la Soft Therapy non prevede l'eliminazione totale e immediata dell'alcol, ma la sua progressiva riduzione, attuabile attraverso tre interventi simultanei (farmacologico, terapia riabilitativa, colloqui con il medico). "Si tratta di un approccio che consente di mantenere in cura chi potrebbe ritornare a bere,

arginando così il fenomeno delle ricadute - sottolinea il Prof. Janiri. L'approccio graduale offre l'opportunità di essere più facilmente accettato da chi non riesce a mantenere l'astensione, motivandolo a proseguire nel percorso. Nei pazienti finora trattati e che arrivavano da fallimenti del percorso di astensione sono state riscontrate percentuali di successo o di mantenimento in trattamento prossime al 100%. Certamente si trovano alcune resistenze da parte di chi è convinto che l'alcolismo si debba curare solo con l'astensione completa. Ricordiamoci però che tra tutte le malattie psichiatriche, l'alcol dipendenza è quella che sino ad ora ha avuto i maggiori bisogni clinici inevasi".

▶ Programma terapeutico

Dopo una valutazione iniziale effettuata dal medico sullo "stile del bere" del paziente e sulla quantità giornaliera media di alcol consumata, il percorso comincia con l'individuazione di un obiettivo condiviso. Il programma poggia su tre percorsi connessi tra loro.

1. Terapia farmacologica. Il programma è basato su nalmefene 18 mg secondo necessità, ogni giorno in cui il paziente percepisce il rischio di consu-

mare alcol (fino ad un massimo di una compressa al giorno). Nalmefene, è un modulatore del sistema degli oppioidi ed è indicato per la riduzione del consumo di alcol in pazienti adulti con dipendenza da alcol che hanno livelli di consumo a elevato rischio secondo l'OMS (ovvero con un consumo di alcol >60 g/die negli uomini e >40 g/die nelle donne), senza sintomi fisici da sospensione e che non richiedono immediata disintossicazione. Il farmaco va utilizzato congiuntamente ad un supporto psicosociale continuativo.

2. Terapia riabilitativa di gruppo. È volta ad aiutare il paziente a responsabilizzarsi progressivamente rispetto all'obiettivo di riduzione del consumo di alcol. I gruppi sono assistiti da un facilitatore (uno psicologo o un ex bevitore). Uno strumento importante è la compilazione regolare di un "diario del bere" nel quale segnare ogni volta che si beve durante la settimana: in questo modo è possibile tenere sotto controllo quanto e quando si beve e la distanza dall'obiettivo prefissato, riuscendo ad aumentare la propria consapevolezza e, soprattutto, ad ottimizzare l'assunzione al bisogno del farmaco per puntare alla riduzione del consumo.

3. Colloqui periodici con il medico. Il paziente torna dal medico, per valutare i progressi e l'andamento della terapia, avvalendosi anche del diario.



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

Allergie e intolleranze alimentari

La FNOMCeO ha voluto promuovere e sostenere la stesura del documento "Allergie e intolleranze alimentari", a cura delle principali società scientifiche di Allergologia e Immunologia Clinica. Su questa tematica, molto sentita dalla popolazione generale e dalla classe medica, si è purtroppo generata molta confusione non solo

nella terminologia, ma soprattutto nell'inquadramento e nell'approccio diagnostico; in modo particolare per quanto riguarda i percorsi diagnostici si sta assistendo, negli ultimi anni, ad una crescente offerta di metodologie non scientificamente corrette e validate. Di seguito proponiamo ai lettori una sintesi del documento.

Condividere con il Ministero della Salute, Regioni e Società Scientifiche progetti che mirino a raggiungere obiettivi di appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure a salvaguardia della salute del cittadino, della professionalità del medico e della sostenibilità del Ssn. È il messaggio del Presidente FNOMCeO, Roberta Chersevani, contenuto nel documento sulle allergie e intolleranze alimentari.

"La necessità di un intervento di questo tipo è nata anche perché la percezione della popolazione di essere affetta da intolleranze o allergie alimentari arriva al 20%, mentre l'incidenza reale del fenomeno interessa circa il 4% della popolazione adulta" afferma **Marina Russello** - Poliambulatorio di Allergologia dell'AO Sant'Anna di Como, referente per AAITO e tra i firmatari del documento. "Lo scopo è stato quello di creare una 'linea guida' condivisa sui percorsi diagnostici-terapeutici delle allergie e intolleranze alimentari e celiachia. Una parte importante è stata dedicata ai test 'alternativi', che tanto vanno di moda. La maggior parte di queste metodiche è priva di fondamento scientifico e non sono supportate da adeguati studi scientifici che ne attestino la validità e l'utilità. Il documento sarà inviato a tutti i medici italiani e l'auspicio è che venga utilizzato in ambula-

Le società scientifiche che hanno curato il documento sono:

SIAAIC (Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica)

AAITO (Associazione Allergologi Immunologi Territoriali e Ospedalieri)

SIAIP (Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica)

Il documento integrale è disponibile in www.fnomceo.it

torio in tutti i casi dubbi che il clinico si trova a dover affrontare. Seguiranno anche dei percorsi formativi e in futuro anche delle pubblicazioni dedicate alla popolazione".

La definizione di reazione avversa a un alimento comprende ogni manifestazione indesiderata e imprevista conseguente all'assunzione di un alimento. La classificazione internazionale suddivide tali reazioni sulla base dei differenti meccanismi patologici che le determinano. Tra le reazioni avverse ad alimenti, allergia (AA) e intolleranza alimentare sono le più frequenti. Conoscere i diversi quadri clinici che ne possono derivare, caratteristici di ogni età, permette di indirizzare il paziente verso il più corretto iter diagnostico.

► Allergie alimentari

L'AA può presentarsi con un ampio spettro di manifestazioni cliniche,

dai sintomi lievi fino allo shock anafilattico, potenzialmente fatale. Segni e sintomi compaiono a breve distanza dall'assunzione dell'alimento (da pochi minuti a poche ore) e sono tanto più gravi quanto più precocemente insorgono. Possono interessare diversi organi ed apparati. Il tipo di proteina verso cui il soggetto sviluppa anticorpi IgE è tra i maggiori determinanti della gravità del quadro clinico. Esistono infatti proteine resistenti alla cottura e alla digestione gastrica, responsabili in genere di reazioni sistemiche, e proteine termo e gastrolabili, che causano solitamente sintomi locali e più lievi. Queste ultime sono responsabili della Sindrome Orale Allergica (SOA), un particolare tipo di AA legata alla cross-reattività tra pollini e alimenti, causata cioè da allergeni ubiquitari nel mondo vegetale. Nel soggetto allergico a pollini, l'assunzione di alimenti di origine vegetale può determinare l'immediata comparsa di lieve edema, prurito e/o bruciore loca-



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

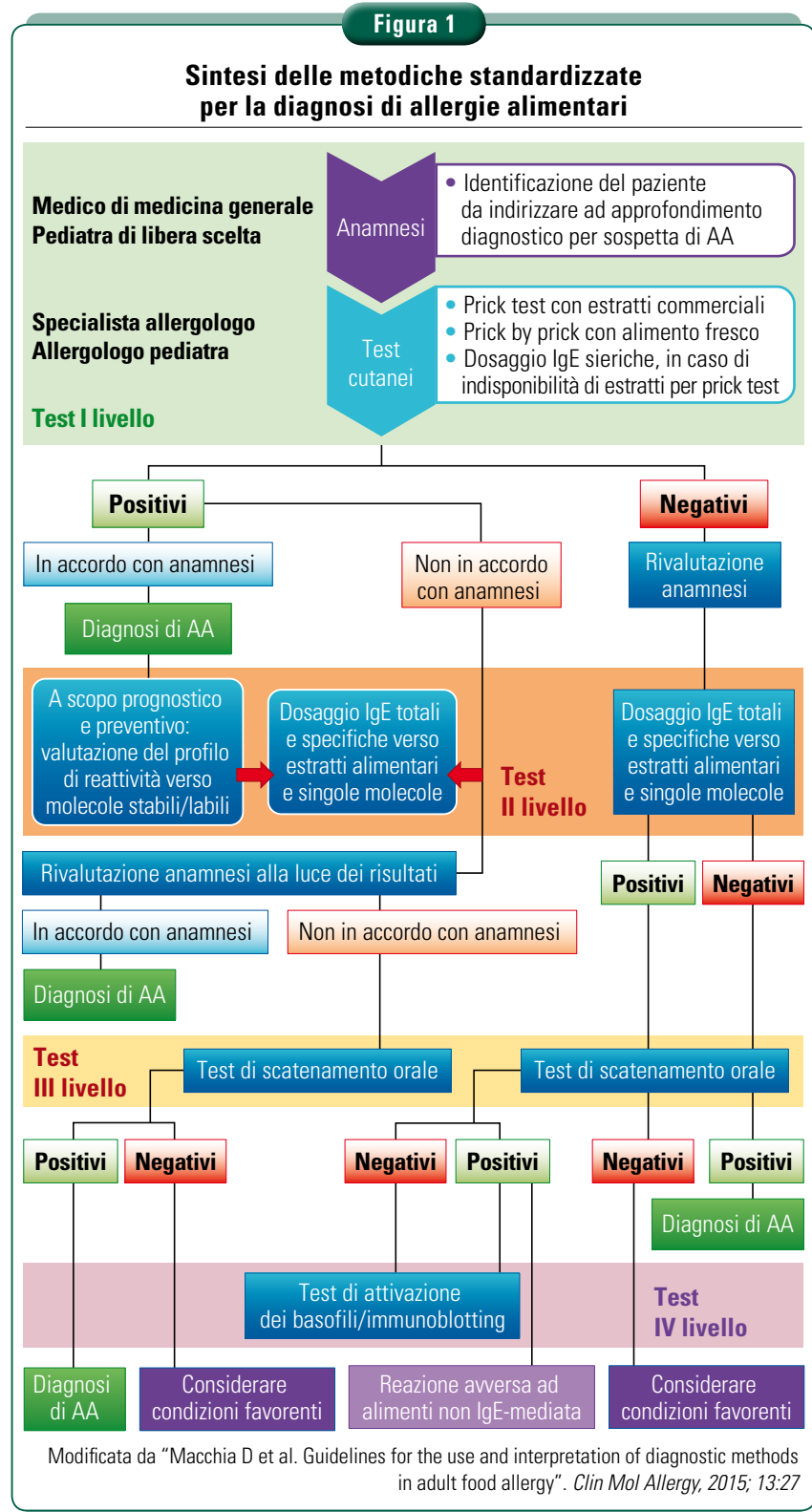
lizzati al cavo orale. Si tratta di sintomi spesso a risoluzione spontanea che raramente superano il cavo orale o evolvono verso l'anafilassi. Gli alimenti più frequentemente in causa sono mela, pera, pesca, carota, melone. La cottura dell'alimento determina l'inattivazione dell'allergene responsabile e consente l'assunzione dell'alimento senza alcuna reazione.

► Diagnosi

La diagnosi di AA è un percorso complesso che richiede una figura specialistica, con specifiche competenze nel settore. L'avvio di tale percorso è affidato al Mmg o al PLS, che rivestono pertanto un ruolo di primaria importanza nel riconoscimento del paziente da indirizzare verso un iter diagnostico più approfondito. In questo primo approccio la raccolta dell'anamnesi è fondamentale, soprattutto per identificare una correlazione fra l'ingestione dell'alimento e la comparsa dei sintomi. L'anamnesi deve essere indirizzata a precisare:

- caratteristiche dei sintomi attribuiti all'allergia;
- eventuale presenza di analoghi sintomi nei commensali;
- latenza tra assunzione dell'alimento e comparsa dei sintomi;
- sistematica ricorrenza dei sintomi ad ogni assunzione dell'alimento sospetto;
- esecuzione di sforzi dopo l'ingestione dell'alimento o concomitante assunzione di farmaci (Fans) o alcol;
- comorbidity allergologiche cutanee e/o respiratorie;
- terapia effettuata e risposta clinica.

I successivi step della diagnostica possono articolarsi su tre livelli successivi, indicativamente sintetizzati in flow chart (figura 1).



Tuttavia diverse variabili, tra cui il tipo di storia clinica, la natura dell'allergene e soprattutto l'età e il profilo del paziente, concorrono alla scelta dell'iter diagnostico più corretto, la cui definizione richiede una specifica esperienza.

I test diagnostici standardizzati, in vivo e in vitro, sono finalizzati all'individuazione dell'allergene alimentare responsabile. Anche l'interpretazione dei comuni test in vitro, ovvero del dosaggio delle IgE specifiche verso estratti alimentari, richiede un'attenta valutazione clinica e anamnestica al fine di quantificare la rilevanza clinica della eventuale positività riscontrata.

Solo dopo che è stata effettuata una diagnosi di certezza di AA è opportuno escludere dalla dieta uno o più alimenti. Gli alimenti responsabili della stragrande maggioranza delle reazioni allergiche sono: latte, uova, arachidi, pesci, frutta secca, soia nei bambini e, negli adulti, arachidi, noci, pesci, crostacei, soia, verdura e frutta.

► **Patologie correlate all'esposizione al glutine**

Lo spettro delle patologie correlate all'esposizione al glutine comprende la celiachia, l'allergia al grano e la sensibilità al glutine non allergica, non celiaca, o *non-coeliac gluten sensitivity* (NCGS).

Nel documento è presente un'attenta e puntuale disamina su queste entità cliniche. Viene puntualizzato che molto spesso il grano viene tolto dalla dieta sulla base di mode o test della medicina alternativa, con risoluzione di sintomi non sempre dipendenti in realtà dall'assunzione di grano quanto piuttosto da un'alimentazione non attenta e non "sana" nel suo insieme.

► **Tecnologie alimentari e reazioni avverse ad alimenti**

Un intero capitolo del Documento viene riservato agli interventi tecnologici applicati alle materie prime, che determinano reazioni e modificazioni, in parte desiderate e in parte indesiderate, sulle materie prime trattate. Recente, ma di crescente interesse, è la valutazione dell'impatto delle tecnologie alimentari sui componenti causa di reazioni avverse agli alimenti associabile alle proprietà salutistiche degli alimenti e dei prodotti alimentari. Rimandiamo i lettori alla lettura completa dell'interessante capitolo.

► **Intolleranze alimentari**

Le intolleranze alimentari provocano sintomi spesso simili a quelli delle allergie, ma non sono dovute a una reazione del sistema immunitario, e variano in relazione alla quantità ingerita dell'alimento non tollerato. Una dieta scorretta o alterazioni gastrointestinali come sindrome da intestino irritabile, gastrite, reflusso gastroesofageo, diverticolite, calcolosi colecistica determinano una sintomatologia attribuita, spesso erroneamente, all'intolleranza alimentare.

Le intolleranze alimentari non immunomediate sono spesso secondarie quindi ad altre condizioni internistiche la cui ricerca è il vero momento diagnostico: esse si suddividono, in intolleranze da difetti enzimatici, da sostanze farmacologicamente attive e da meccanismi sconosciuti come le intolleranze da additivi.

► **Quando sospettarle e diagnosi**

Le intolleranze alimentari si presentano principalmente con sinto-

mi localizzati all'apparato gastrointestinale, ma possono coinvolgere anche la cute e più raramente altri apparati.

Poiché esse possono manifestarsi con sintomi in parte sovrapponibili a quelli dell'AA, un'attenta anamnesi riveste un ruolo fondamentale nel primo approccio al paziente. L'esclusione di allergie alimentari è il primo evento diagnostico, cui segue la necessità di valutare se presenti condizioni internistiche che possono essere accompagnate dalle intolleranze alimentari non immunomediate.

L'iter diagnostico dovrebbe prevedere un approccio multidisciplinare per escludere patologie gastrointestinali, ed eventualmente dietologico.

Test utili sono:

- breath test per glucosio o lattulosio per valutazione della SIBO (e prima del breath test lattosio)
- breath test per lattosio per valutare intolleranza.

► **Test complementari e alternativi**

Si tratta di metodiche che, sottoposte a valutazione clinica attraverso studi controllati, si sono dimostrate prive di credibilità scientifica e validità clinica.

► **Test "in vivo"**

► **Test di provocazione-neutralizzazione intradermico**

Può essere definita una tecnica sia diagnostica che terapeutica. Si basa sulla somministrazione per via intradermica dell'allergene o di altre sostanze e sulla successiva osservazione del paziente per un periodo variabile da 10' a 12' per valutare la comparsa di qualsiasi tipo di sintomatologia. Non ci sono limiti circa numero, gravità e tipolo-

gia di sintomi provocati. Differisce profondamente dal test di provocazione specifico con allergene, che fa parte del bagaglio diagnostico dell'allergologia tradizionale: infatti nei test di provocazione che vengono eseguiti in ambito allergologico, vengono di norma testati allergeni singoli, a dosaggi crescenti e sempre compatibilmente con la storia clinica del paziente, monitorando la comparsa di sintomi ben precisi e valutabili con indagini strumentali ben oggettivabili.

Con questa metodica qualsiasi sintomo, anche aspecifico, è giudicato segno d'intolleranza a quell'allergene.

Sono stati fatti numerosi studi, di cui i primi non erano controllati con placebo e quindi non attendibili. La letteratura relativa a questo test è solo descrittiva e l'efficacia viene supportata da case reports.

La critica principale a questo studio viene da un ventaglio di sintomi che mal si accorda con la singola reazione a un alimento.

Da non trascurare è la potenziale pericolosità del test (essendo comunque una somministrazione sc di un eventuale allergene) che ha scatenato un episodio di anafilassi in un soggetto affetto da mastocitosi.

► *Test di provocazione-neutralizzazione sublinguale*

La tecnica consiste nel porre a livello sublinguale tre gocce di un estratto allergenico acquoso o glicerinato (1/100 peso/volume) e, come per la provocazione intradermica, nella valutazione di eventuali reazioni che compaiono entro un tempo massimo di 10'. Quando l'esaminatore ritiene di essere in presenza di una risposta positiva, somministra al paziente una dose di neutralizzazione di una soluzione diluita (es. 1/300.000

peso/volume) dello stesso estratto utilizzato nella provocazione.

La sintomatologia scatenata dalla provocazione dovrebbe regredire con un tempo di latenza analogo a quello della fase di scatenamento.

In Italia si è sviluppato un test che si ispira sia a questa metodica che alla kinesiologia applicata, chiamato DR1A-test e proposto dall'Associazione di Ricerca Intolleranze Alimentari. In questa variante del test la somministrazione sublinguale dell'allergene è seguita da una valutazione della forza muscolare per mezzo di un ergometro. Il test è considerato positivo quando compare una riduzione della forza muscolare entro 4' dall'apposizione sublinguale dell'estratto.

Il test è stato introdotto già nel 1944; gli studi successivi non sono mai stati controllati con placebo e pertanto giudicati non attendibili.

In particolare il *Food Allergy Committee* dell'*American College of Allergists* ha valutato l'uso di questo test, giungendo alla conclusione che non è in grado di discriminare l'estratto alimentare dal placebo, e ne ha quindi sconsigliato l'utilizzo nella diagnostica delle allergopatie.

► *Kinesiologia applicata*

Questa diagnostica dell'allergia alimentare (utilizzata soprattutto da chiropratici) si basa su una soggettiva misurazione della forza muscolare. Il paziente tiene con una mano una bottiglia di vetro che contiene l'alimento da testare, mentre con l'altra mano spinge contro la mano dell'esaminatore. La percezione da parte di quest'ultimo di una riduzione della forza muscolare indica una risposta positiva e pertanto un'allergia o intolleranza nei confronti dell'estratto contenuto nel recipiente. Alternativamente

la bottiglia può essere posta sul torace del paziente o vicino allo stesso, senza tuttavia che avvenga un contatto diretto fra l'estratto di cibo e il soggetto da esaminare.

Non è mai stato documentato un interessamento dell'apparato scheletrico in corso di reazioni allergiche, inoltre il fatto che l'allergene non sia posto a diretto contatto del soggetto ma con l'intermezzo della bottiglia esclude ogni possibile spiegazione razionale.

► *Test elettrodermici (EAV elettro agopuntura secondo Voli): Vega test, Sarm test, Biostrength test e varianti*

Questo tipo di diagnostica è utilizzata da alcuni decenni in Europa e più limitatamente negli Stati Uniti. Si è sviluppata a partire dalle osservazioni dell'elettroagopuntura secondo Voll sulle variazioni del potenziale elettrico in relazione al contatto con alimenti "non tollerati" o "nocivi".

Esistono molti tipi di apparecchiature bioelettroniche non convenzionali che funzionano in modo differente, ma in tutti questi sistemi l'organismo viene a trovarsi in un circuito attraverso il quale sono fatte passare deboli correnti elettriche (dell'ordine di circa 0.1 V, 7-15 mA, 7-10 Hz) oppure specifici stimoli elettromagnetici ed elettronici.

L'uso di apparecchi apparentemente sofisticati fa nascere nel paziente l'opinione che tale diagnostica sia sorretta da un'avanzata tecnologia. Peraltro il principio che una reazione allergica modifichi il potenziale elettrico cutaneo non è mai stato dimostrato. Applicazione frequentissima di queste metodiche è rappresentata dalle malattie allergiche. Vari studiosi hanno uniformemente osservato l'incapacità di tali metodiche di

identificare gli allergeni responsabili per cui tale campo di applicazione dovrebbe essere escluso.

► **Biorisonanza**

Si basa sulla convinzione che l'essere umano emetta onde elettromagnetiche che possono essere buone o cattive. La terapia con Biorisonanza usa un apparecchio che è considerato in grado di filtrare le onde emesse dall'organismo e rimandarle "riabilite" al paziente. Onde patologiche vengono rimosse con questo processo e in questo modo può essere trattata una malattia allergica.

Sfortunatamente è stato dimostrato che l'apparecchio in commercio non è in grado di misurare quel tipo di onda elettromagnetica coinvolta. Due studi recenti, effettuati in doppio cieco non sono stati in grado di dimostrare alcun valore diagnostico o terapeutico della biorisonanza sia in soggetti adulti con rinite allergica che in una popolazione pediatrica affetta da eczema atopico.

► **Iridologia, analisi del capello, pulse test, strenght test, riflesso cardio-auricolare**

Questi test non hanno dimostrato efficacia diagnostica o, peggio, hanno già dato dimostrazione di inefficacia diagnostica e quindi anche la SIAIP, nel recente documento "Choosing Wisely, le cose da fare ma soprattutto da non fare", ne ha fermamente sconsigliato l'utilizzo nella diagnosi di allergia alimentare.

► **Test "in vitro"**

Poiché molti pazienti ritengono che i loro disturbi siano legati all'assunzione di determinati alimenti, che spesso non riconoscono, i test "in vitro" di rapida esecuzione rappre-

sentano un mercato in continua espansione.

La diffusione di tali metodiche è affidata a riviste non scientifiche, Internet, a volte anche altri media; il prezzo oscilla da 70/80 fino a 150/200 euro.

Il fatto di essere un esame "sul sangue" genera nell'utente la convinzione di aver effettuato un esame diagnostico di alta affidabilità e riproducibilità.

Due sono le metodiche che vengono di solito utilizzate:

- test di citotossicità e la ricerca di IgG4 specifiche;
- test citotossico

► **Test citotossico**

Proposto per la prima volta nel 1956, e quindi cronologicamente prima della scoperta delle IgE, questo test si basa sul principio che l'aggiunta in vitro di uno specifico allergene al sangue intero o a sospensioni leucocitarie comporti una serie di modificazioni morfologiche nelle cellule fino alla loro citolisi.

Nel test viene fornita una scala semiquantitativa che ha nella lisi cellulare l'alterazione più significativa. In tempi più recenti è stata anche proposta una versione automatizzata del test, che si basa sul principio dei coulter-counter (ALCAT).

In numerosi studi successivi, è stata dimostrata la non riproducibilità del test, che non riesce a discriminare i pazienti effettivamente allergici dai negativi o risultati diversi nello stesso paziente in momenti diversi. Questo per lisi cellulare aspecifica, per interpretazione soggettiva dei risultati, per variazione nelle condizioni di esecuzione del test.

La metodica successiva automatizzata non ha dato risultati migliori, per cui l'*American Academy of Allergy* ha concluso che il test non è

affidabile nella diagnostica allergologica e per questo test non è prevista negli Stati Uniti la rimborsabilità.

► **Dosaggio delle IgG4**

Tale metodica, di facile accesso in farmacie o laboratori di analisi, è attualmente molto praticata.

In realtà numerosi studi hanno chiaramente dimostrato che la ricerca delle IgG4 nella diagnostica delle allergie alimentari non è un test affidabile: è stato ampiamente dimostrato che il dosaggio delle IgG4 non distingue i soggetti con allergia vera IgE mediata, con conseguente grave rischio di reazione qualora non siano individuati correttamente i cibi responsabili.

D'altra parte, positività di tipo IgG4 verso allergeni alimentari sono state di comune riscontro in sieri di pazienti, senza una correlazione con la storia clinica.

Il riscontro di IgG4 positive per un alimento indicano una normale risposta del sistema immunitario ad una prolungata esposizione ad allergeni alimentari.

Alla luce di tali dati, le principali Società Scientifiche di Allergologia e Immunologia Clinica sono giunte concordi ad affermare che "il dosaggio delle IgG4 specifiche NON è rilevante nella diagnostica delle allergie alimentari, e che quindi tale percorso non deve essere intrapreso nel work-up diagnostico di tali patologie".



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare il documento "Allergie e intolleranze alimentari"

Iperensione arteriosa da farmaci e sostanze voluttuarie

Per effettuare una diagnosi corretta di ipertensione arteriosa e ancora di più di ipertensione arteriosa resistente è importante eseguire un'anamnesi accurata anche sul versante farmacologico, indagando sulle terapie in corso, sull'eventuale uso di integratori e fitofarmaci e sull'assunzione di sostanze voluttuarie, spesso difficilmente ammesse dal paziente

Antonio Ferrero - SC Cardiologia ASLTO5, CdL Professioni Sanitarie - Università degli Studi di Torino

Tecla Marchese - Geriatria-Diabetologia - Clinical Investigator SC Diabetologia e Malattie metaboliche - ASLTO5

Dai dati riferiti in letteratura si ritiene che circa il 10% dei casi di ipertensione arteriosa (IA) sia ascrivibile a forme secondarie.

Quando si pone questa ipotesi diagnostica, comunque sempre sottovalutata e sottostimata, si tende a pensare immediatamente alle forme nefrovascolari e nefroparenchimali, oppure alle forme di origine endocrina, iperaldosteronismo primitivo *in primis*.

Esistono però frequenti casi di ipertensione indotta da farmaci o da sostanze voluttuarie e, ancora di più, di IA resistente alla terapia, dovuta all'interferenza di sostanze cosiddette ipertensivanti.

I meccanismi attraverso i quali i farmaci o altre sostanze chimiche possono indurre rialzo pressorio, sono essenzialmente:

1. azione diretta simpatico-mimetica con vasocostrizione periferica;
2. azione diretta idro-sodio ritentiva con espansione del volume circolante;
3. riduzione del flusso renale e azione sodio ritentiva secondaria;
4. inattivazione dell'11 beta idrossi-

steroidi deidrogenasi con accumulo di cortisolo ad azione similaldosteronica;

5. interferenza farmacodinamica o farmacocinetica con i farmaci della terapia antipertensiva.

► Farmaci che possono causare ipertensione

► *Efedrina, pseudoefedrina, epinefrina e fenilpropanolamina*

Tra i farmaci con azione vasocostrittiva diretta secondaria ad azione simpatico mimetica figurano e colliri e gli spray nasali contenenti efedrina, pseudoefedrina, epinefrina e fenilpropanolamina.

L'entità dell'incremento pressorio, secondario all'incremento del drive simpatico, è variabile tra i 5-10 mmHg; è più evidente in clinostatismo e può essere esacerbato dalla contemporanea assunzione di beta-bloccanti.

► *Estroprogestinici*

Gli estroprogestinici possono dare, specie nelle combinazioni a dosaggio elevato, ipertensione arteriosa nel 5-20% delle donne che li assu-

mono. Il meccanismo di azione consiste in un incremento di produzione dell'angiotensinogeno; meccanismi accessori sono l'inibizione dell'11 beta idrossisteroidi deidrogenasi e l'azione sodio ritentiva diretta similaldosteronica.

Il rialzo pressorio si manifesta in genere dopo 3-4 mesi dall'assunzione e può richiedere un anno per estinguersi dopo la sospensione dell'estroprogestinico.

► *FANS*

Una fra le categorie di farmaci maggiormente responsabili di IA, data la loro diffusione, sono gli antiinfiammatori non steroidei (FANS). L'aumento medio dei valori pressori è di 2.5-6 mmHg ed è dose dipendente. I più esposti sono i soggetti con ipertensione preesistente, età avanzata e insufficienza renale. Non tutti i principi attivi paiono avere lo stesso potere ipertensivante: indometacina, piroxicam, naprossene e rofecoxib, sono infatti quelli con l'effetto maggiore. I meccanismi che conducono al rialzo pressorio consistono nel blocco della ciclossigenasi con riduzione della

sintesi delle prostaglandine renali ad azione natriuretica e conseguente espansione di volume e vasocostrizione renale con riduzione della filtrazione glomerulare.

Ulteriori effetti negativi sono l'aumentata sensibilità periferica all'Ang II e all'endotelina e, in maniera ancora più rilevante, l'interferenza con i farmaci antipertensivi, in particolare betabloccanti, ACE-inibitori e sartani.

► **Glucocorticoidi**

Altrettanto rilevante è l'ipertensione arteriosa e la resistenza alla terapia indotta dai glucocorticoidi, mediata a livello renale dall'interazione con i recettori mineralcorticoidi e glicocorticoidi, che induce sodio-ritenzione ed espansione di volume, da saturazione dell'enzima 11 beta idrossisteroide deidrogenasi e da sovra-espressione del SRAA per aumento della sintesi dell'angiotensinogeno.

L'incremento pressorio è pari a 6-13 mmHg per la PAS e 7-11 mmHg per la PAD, ha un'incidenza del 20% circa e si manifesta anche con l'impiego di preparati topici o spray.

► **SSRI e triciclici**

Molti farmaci antidepressivi possiedono un'azione ipertensivante (spesso anche tachicardizzante): tra questi gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (sertralina, paroxetina, venlafaxina), che attraverso un incremento del drive simpatico producono un innalzamento dose dipendente della PA che può raggiungere anche 10 mmHg.

Non sono innocui, dal punto di vista pressorio, i triciclici che hanno un'azione sul reuptake delle catecolamine simile a quella della cocaina e gli inibitori della monoaminoossidasi (IMAO) che agiscono at-

traverso un rallentamento del metabolismo delle amine simpaticomimetiche.

► **Ciclosporina ed eritropoietina**

Ulteriori farmaci, di impiego meno comune, responsabili di possibile ipertensione arteriosa sono la ciclosporina che può produrre danno renale da inibizione della calcineurina, con aumento delle resistenze renali e sistemiche e sviluppo di ipertensione nel 40-70% dei soggetti trattati e l'eritropoietina, con un'incidenza di IA nel 30-40% dei pazienti in trattamento, probabilmente per l'aumento della viscosità ematica e la vasocostrizione da disfunzione endoteliale conseguente a una sovra-produzione di endotelina.

► **Farmaci oncologici e antiretrovirali**

Tra i farmaci impiegati in oncologia, alcuni anticorpi monoclonali e *anti-vascular endothelial growth factors* (bevacizumab, lapatinib, sorafenib) inducono disfunzione endoteliale, un'azione vasocostrittiva diretta e rarefazione del microcircolo.

Sono segnalati casi di ipertensione arteriosa maligna e ictus secondari a terapia antiretrovirale.

► **Sostanze voluttuarie**

► **Cocaina e sibutramina**

Per quanto riguarda l'effetto ipertensivante delle sostanze voluttuarie, cocaina e sibutramina (usata a scopo anoressizzante) possono causare rialzo pressorio e talora crisi ipertensiva, determinando incremento del drive simpatico e blocco periferico del reuptake delle catecolamine. È documentato, inoltre, l'aumento del flusso di ioni

Ca⁺⁺ nelle cellule muscolari lisce con conseguente vasocostrizione periferica.

► **Fumo di sigaretta**

Tra i vari effetti deleteri del fumo di sigaretta va annoverato quello legato all'iperattività del sistema nervoso simpatico con induzione di ipertensione arteriosa; è dimostrato che con ogni sigaretta, la pressione sanguigna aumenta transitoriamente ed è più rilevante con la prima sigaretta della giornata (aumento medio della pressione sistolica di 20 mmHg). L'ABPM conferma tali effetti con un aumento medio della pressione sistolica durante il giorno di circa 6 mmHg. Nel caso di un'assunzione cronica, il fumo di sigaretta induce rigidità arteriosa e disfunzione endoteliale che possono persistere per un decennio dalla cessazione del fumo.

► **Metilxantine**

La caffeina appartiene alla famiglia delle metilxantine, strutturalmente correlata alla teofillina e alla teobromina. Oltre alla pianta del caffè, contengono metilxantine: la pianta del tè e del cacao, guaranà, ginseng e mate.

La molecola della caffeina è strutturalmente simile all'adenosina, la quale inibisce il rilascio dei principali neurotrasmettitori eccitatori (catecolamine); l'inibizione competitiva con l'adenosina determina un'azione eccitatoria indiretta, mentre l'inibizione della fosfodiesterasi, che degrada il cAMP, che è il secondo messaggero nel meccanismo di azione dell'adrenalina, determina un'azione eccitatoria diretta.

Tuttavia il rapporto tra ipertensione arteriosa e caffeina è controverso e

può essere così sintetizzato: possibile effetto pressorio "acuto" successivo all'assunzione di caffè, con incremento della PAS fino a 10 mmHg. Da alcune osservazioni pubblicate in letteratura pare che il rischio di sviluppare IA sia comunque minore nei non consumatori rispetto ai consumatori, senza apparenti differenze tra i consumatori moderati (1-3 tazzine/die) vs i forti consumatori.

► Alcol

Per quanto riguarda il consumo di alcol, va ricordato che questo determina un'azione stimolante del SNC, l'attivazione del SRAA, insulino-resistenza, disfunzione endoteliale con riduzione della produzione e della reattività al monossido di azoto (NO) e l'incremento del calcio intracellulare.

La conseguenza di queste azioni è un certo effetto ipertensivo per un consumo quotidiano di alcol superiore a 40 g; mentre sono possibili benefici pressori per l'assunzione di modiche quantità, cioè inferiori a 30 g/die. A questo proposito ricordiamo che 12 g di alcol corrispondono a 125 ml di vino a 330 ml di birra e a 40 ml di superalcolico.

► Sostanze vegetali ed erbe

In coda a questa dissertazione, ma non meno importanti, ricordiamo che anche alcune sostanze vegetali e alcune erbe, che sono di uso comune ed erroneamente considerate innocue, possono agire sulla pressione arteriosa o interferire con la terapia antipertensiva.

► Liquirizia

La liquirizia determina, attraverso il legame di un suo componente (l'acido glicirretico) con il recettore dell'aldosterone, inibizione della

11 beta idrossisteroide, inducendo IA e ipokaliemia.

► Succo di pompelmo

Il succo di pompelmo contiene due sostanze: bergamottina e naringenina, che interferiscono con il citocromo CYP3A4, provocando una più precoce metabolizzazione dei calcio-antagonisti diidropiridinici e delle statine con conseguente riduzione dei loro effetti terapeutici; interferiscono, inoltre, con l'azione dell'11 beta idrossi steroidodeidrogenasi, con le note conseguenze.

► Altre sostanze di uso comune

Il CYP3A4 è anche bersaglio della camomilla, del ginkgo biloba e dell'iperico, quest'ultimo però con effetti inibitori, ossia con prolun-

gimento dell'effetto dei farmaci e possibile accumulo.

Effetto ipertensivante diretto è provocato da yohimbina e l'eleuterococco, mentre il biancospino, l'artiglio del diavolo e l'aglio posseggono una blanda azione ipotensiva.

► Conclusioni

Per effettuare una diagnosi corretta di ipertensione arteriosa e ancora di più di ipertensione arteriosa resistente è quindi importante che il medico effettui un'anamnesi accurata anche sul versante farmacologico, indagando su eventuali terapie in corso, sull'eventuale uso di integratori e fitofarmaci e sull'assunzione di sostanze voluttuarie, spesso difficilmente ammesse dal paziente.

Bibliografia

- Bravy AA et al. Harmful effects of NSAIDs among patients with hypertension and coronary artery disease. *Am J Med* 2011; 124: 614-20.
- Capasso F et al. Phytotherapy. A quick reference to herbal medicine. *Springer* 2003; 279-80
- Carrillo JA, Benitez J. Clinically significant pharmacokinetic interactions between dietary caffeine and medications. *Clin Pharmacokinet* 2000; 39: 127-53.
- Chobanian AV et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-72.
- Dahan A, Altman H. Food-drug interaction: grapefruit juice augments drug bioavailability mechanism, extent and relevance. *European J Clinical Nutrition* 2004; 58: 1-9.
- Foltin RW et al. The effects of escalating doses of smoked cocaine in humans. *Drug Alcohol Depend* 2003; 70:149-57.
- Forman JP et al. Frequency of analgesic use and risk of hypertension among men. *Arch Intern Med* 2007; 167: 394-9.
- Grossman E, Messerli FH. Drug-induced hypertension: an unappreciated cause of secondary hypertension. *Am J Med* 2012; 125: 14-22
- Haller CA, Benowitz NL. Adverse cardiovascular and central nervous system events associated with dietary supplements containing ephedra alkaloids. *N Engl J Med* 2000; 343: 1833-18.
- Izzedine H. Management of hypertension in angiogenesis inhibitor-treated patients. *Ann Oncol* 2009; 20: 807-15.
- Johnson AG. NSAIDs and increased blood pressure. What is the clinical significance? *Drug Saf* 1997; 17: 277-89.
- Licht CM et al. Depression is associated with decreased blood pressure, but antidepressant use increases the risk for hypertension. *Hypertension* 2009; 53: 631-8.
- Maitland ML. Initial assessment, surveillance, and management of blood pressure in patients receiving vascular endothelial growth factor signaling pathway inhibitors. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102: 596-604.
- Mancia G et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension* 2013; 31: 1281-357.
- Nazer B. Effects of novel angiogenesis inhibitors for the treatment of cancer on the cardiovascular system: focus on hypertension. *Circulation* 2011; 124: 1687-91.
- Ranpara V. Increased risk of high-grade hypertension with bevacizumab in cancer patients: a meta-analysis. *Am J Hypertens* 2010; 23: 460-8.
- Stump AL et al. Management of grapefruit-drug interactions. *Am Fam Physician* 2006; 74: 605-8.
- Sudano I et al. Acetaminophen increases blood pressure in patients with coronary artery disease. *Circulation* 2010; 122:1789-96.
- Tachjian A et al. Use of herbal products and potential interactions in patients with cardiovascular diseases. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55: 515-25.
- White LM et al. Pharmacokinetics and cardiovascular effects of ma-huang (Ephedra sinica) in normotensive adults. *J Clin Pharmacol* 1997; 37:116-22.
- White WB. Cardiovascular effects of the cyclooxygenase inhibitors. *Hypertension* 2007; 49: 408-18.
- <http://siaa.it/alcol-senza-eccessi/>
- www.pressionealta.com
- www.farmacovilanza.org
- www.drugs.com/slideshow/herb-drug-interactions-1069

Tosse psicogena in giovane paziente

Il caso emblematico di un nuovo assistito, un adolescente a cui in precedenza era stata diagnosticata una bronchite acuta asmaticiforme che in realtà si è rivelata una “tosse nervosa”, pone non solo riflessioni cliniche, ma anche sull’appropriatezza prescrittiva

Mara Fiorese, Silvia Ferrero, Stefano Alice
Medicina Generale, Genova

Nell’ottobre 2015 giunge all’osservazione del suo nuovo medico di famiglia un ragazzino 14enne, accompagnato dalla madre.

La prima visita avviene in studio ed è motivata da una acuzie, il cui trattamento è già stato impostato dal medico precedente, che ha diagnosticato una bronchite acuta asmaticiforme. Il curante è stato cambiato solo per motivi di comodità.

► Anamnesi

Racconta la madre: “Da una decina di giorni il ragazzo è stanchissimo, sconquassato dalla tosse e dal mal di testa; è iniziato tutto all’improvviso un lunedì mattina, l’abbiamo portato a casa da scuola, si sentiva la febbre, ha preso un antibiotico per una settimana, non è cambiato niente, a parte che la temperatura è normale, anzi è sempre più stanco, ha preso anche le vitamine e i fermenti, da tre giorni gli diamo il cortisone; sono preoccupata perché lui ha spesso delle bronchitelle ma questa volta è molto peggio”.

Da una rapida anamnesi non si ricava nulla di particolarmente significativo, se non un periodo di intensa cefalea nel maggio scorso, con l’esecuzione di una RM del cranio che non ha evidenziato nulla a livel-

lo neurologico, ma col riscontro accidentale di una ciste del mascellare, che è già stata asportata.

Il ragazzo è silenzioso, magro, pallido, l’aspetto è sofferente, tossisce di continuo in modo fragoroso, senza escreato. Sta in piedi con le spalle leggermente curve ed il capo un po’ anteriorizzato e reclinato. La voce è nasale.

► **Esame obiettivo.** Si rilevano solo due dati patologici: aumento della frequenza degli atti respiratori, che sono superficiali e tachicardia. L’ossimetria è normale e il controllo dell’attività cardiaca con ECG palmare non rivela irregolarità alcuna, a parte l’aumento della frequenza dei battiti.

► **Prescrizioni.** Non emergendo dall’esame obiettivo dati a conforto della diagnosi di bronchite asmaticiforme, emessa in altra sede ed essendovi un’evidente discrepanza tra la soggettività e le risultanze dell’esame obiettivo, prima di assumere qualunque decisione terapeutica, si invia il ragazzo dal radiologo, chiedendo di sottoporlo a radiografia dei seni paranasali e del torace.

► Approfondimenti diagnostici

► **Esami radiologici.** Gli esami radiologici, eseguiti immediatamente dopo la visita sono risultati del tutto negativi.

► **Visita pneumologica.** Anche su richiesta della madre del ragazzo lo si invia a visita presso un pneumologo, particolarmente esperto di pazienti in età pediatrica ed adolescenziale. Lo specialista vede il ragazzo il giorno successivo, conferma le risultanze dell’esame obiettivo effettuato dal medico di famiglia e prescrive una spirometria con DLCO e gli esami ematochimici di routine, comprensivi del dosaggio delle IgE totali e degli ormoni tiroidei.

► **Spirometria.** La funzionalità respiratoria risulta normale.

► **Esami di laboratorio.** Nessun valore risulta alterato.

► Ipotesi diagnostica e ulteriori approfondimenti

Un colloquio telefonico tra il pneumologo e il medico di famiglia li porta a concordare nel considerare come ipotesi diagnostica più probabile quella di una tosse nervosa.

Il medico di famiglia decide quindi di approfondire l’anamnesi alla ricerca di elementi che confutino o confortino tale ipotesi.

Dall’approfondimento emergono i seguenti dati:

1. la cefalea accusata nella primavera scorsa concomitava col periodo di preparazione all’esame di terza media;

2. il ragazzo ha da poco cominciato la frequenza del primo anno della scuola secondaria superiore, incontra qualche difficoltà di adattamento e il profitto non è ottimale con necessità di ripetizioni pomeridiane;

3. c'è familiarità paterna per deflessione del tono dell'umore e disturbi d'ansia;

4. la tosse non si manifesta durante la notte.

Per questi motivi il medico di famiglia ritiene opportuno un colloquio con entrambi i genitori, consigliando loro di informare della situazione gli insegnanti del ragazzo e suggerisce un inquadramento psicologico del caso, comprensivo di test di personalità per valutare l'opportunità di un trattamento integrato con SSRI e supporto psicoterapico.

► Considerazioni

L'uso, invero piuttosto diffuso, di trattare le comuni infezioni respiratorie con antibiotico, associato o seguito da cortisone è da ritenersi inappropriato in considerazione del fatto che in circa $\frac{3}{4}$ dei casi la loro eziologia è virale.

La terapia antibiotica dovrebbe essere riservata ai casi di polmonite, il cui sospetto insorge quando il paziente, specie se giovane, è in stato febbrile, con tachicardia, brividi, sudorazione e tosse, che per lo più è produttiva con espettorato mucoso, purulento o striato di sangue.

Va anche ricordato che la febbre è un segno oggettivo e non un sintomo soggettivo; il fatto che spesso i pazienti riferiscano di "sentirsi" la febbre non deve fuorviare il medico, che deve richiedere che la temperatura venga effettivamente misurata, per vedere se la sensazione del paziente sia corretta o meno.

Per quanto riguarda l'esame obiettivo, occorre chiarire un equivoco: il fatto che la sua sensibilità e specificità non siano ottimali (58% e 67%) non significa che lo si debba omettere o che non ci si debba esercitare ad eseguirlo bene, piuttosto significa che, molto spesso, è necessario integrarlo con una radiografia del torace.

Questa inoppugnabile necessità pone alle ASL qualche problema organizzativo. Infatti non appare logico che un paziente, già visitato dal Mmg, per avere la conferma in tempi ragionevoli (poche ore) del sospetto di polmonite, debba andare in Pronto Soccorso, sottoponendosi alla trafila abituale. Come già avviene in più parti d'Italia, deve essere reso possibile l'accesso diretto in radiologia su indicazione del medico di famiglia, per i casi da lui selezionati.

L'importanza di modalità organizzative, che riducano l'uso precauzionale alla cieca di antibiotici, risulta evidente, se si considera che l'abuso di tale farmaci è il motivo per cui, in anni recenti, sono aumentati i ricoveri in ospedale di pazienti affetti da polmonite dovuta a patogeni multiresistenti (*multidrug resistant*).

► Approfondimento

La diagnosi di tosse nervosa o psicogena, si pone dopo l'esclusione delle possibili cause organiche di tosse (neoplasie primitive e secondarie, linfoma mediastinico, aneurisma dell'aorta toracica) comprese quelle, non infrequenti, la cui origine non risiede nell'apparato respiratorio (effetto collaterale dell'assunzione di Ace-inibitori, reflusso gastroesofageo, cardiopatia).

Ulteriori difficoltà nel fare la diagnosi differenziale derivano dal fat-

to che talora l'esordio di un'asma bronchiale può avvenire proprio con una tosse non ancora accompagnata dagli altri componenti dell'abituale corteo sintomatologico (dispnea, sibilo espiratorio, sensazione di costrizione al torace).

La tosse psicogena è, per lo più, secca, non produttiva, stizzosa; persiste a lungo (anche più di 6 mesi) e tende a presentarsi più volte al giorno. Più raramente provoca emissione di muco. In alcuni casi le si accompagna il vomito. Può insorgere spontaneamente e le sue cause rimanere oscure, ma spesso le viene attribuito il significato di somatizzazione dell'ansia e sovente l'anamnesi consente di identificare cause scatenanti (fattori di stress), che nei giovani sono frequentemente correlate alla vita scolastica. In tal caso il disturbo d'ansia diventa più refrattario alle cure.

La tosse psicogena rientra a pieno titolo nell'ambito dei disturbi di cui non è possibile identificare una causa medica, ovvero nelle MUS (*medically unexplained syndrome*) della letteratura anglosassone.

In base DSM V può essere considerata nell'ambito del "Disturbo da sintomi somatici (300.82 -F45.1)" o rappresentare l'esordio di altri disturbi mentali (depressione maggiore, disturbo di panico).

Si tratta di pazienti a cui non è facile garantire una continuità di cura, perché tendono a consultare più medici e perché è facile che perdano fiducia nel medico di famiglia e decidano di cambiarlo, perché tendono a non accettare l'idea che il loro disturbo non sia sintomo di una grave malattia organica. Ciò rende anche molto complesso far sì che si sottopongano a valutazione psicologica e a cure psichiatriche.

Attuali orizzonti della medicina rigenerativa in ortopedia

La medicina rigenerativa, nata di recente, sta vivendo una fase di crescita rapida e costante, in particolare nella chirurgia ortopedica applicata allo sport che oggi, più che in passato, deve tenere conto, ai fini della pratica clinica, delle potenzialità della biologia per la riparazione dei tessuti

Giancarlo Coari

Past President Società Italiana di Artroscopia (SIA)

Nata in Italia nei primi anni '80, l'artroscopia è stata applicata innanzitutto al ginocchio, passando poi alla spalla ed in seguito a tutte le altre articolazioni, migliorando considerevolmente la diagnostica e la fase chirurgica, consentendo interventi più accurati e precisi, una degenza più breve, una minore morbidità ed una riabilitazione più semplice rispetto alla chirurgia aperta tradizionale.

Grandi passi in avanti sono stati realizzati in questi ultimi 30 anni e l'artroscopia è diventata sinonimo di innovazione, inserendosi da subito nell'ambito sportivo proprio per venire incontro alle esigenze degli atleti: grandi aspettative e rapido ritorno all'attività sportiva.

Se, fino a qualche anno fa, un certo tipo di lesione comportava la fine di una carriera, oggi possiamo pensare ad un ritorno all'attività nel 90% dei casi anche dopo danno anche particolarmente grave.

Di questo si è parlato nell'ambito del XXII Congresso nazionale della Società Italiana di Artroscopia

(SIA), tenutosi alla fine di ottobre a Carrara/Forte dei Marmi e che ha avuto come tema principale lo sport, ma anche i più recenti approcci chirurgici e le innovazioni al fine di migliorare i risultati clinici dei nostri pazienti - sportivi e non.

Le procedure chirurgiche attuali hanno raggiunto un alto grado di avanzamento tecnologico, ma in questi ultimi anni i progressi sono risultati più lenti rispetto all'esplosione di un decennio fa, a fronte invece dei rapidi e costanti sviluppi verificatisi soprattutto nell'ambito della medicina definita rigenerativa.

► La medicina rigenerativa

Si intende per "medicina rigenerativa" quella parte della medicina che utilizza le terapie biologiche per ricostruire, riparare o promuovere la rigenerazione di tessuti malati o danneggiati. Questo riveste particolare importanza nella chirurgia ortopedica applicata allo sport.

Al momento, sono disponibili numerosi studi preclinici ed iniziali

studi clinici, con evidenze scientifiche favorevoli all'introduzione delle terapie biologiche nella pratica clinica. Questo nuovo scenario biologico si rapporta con gli aspetti prettamente tecnici della chirurgia tradizionale, creando un mix fra chirurghi e biologi.

I campi di applicazione sono numerosi, tra questi:

- la riparazione dei difetti cartilaginei articolari dovuti a traumi o usura, difetti contenuti con cartilagine circostante ancora buona;
- la riparazione dei menischi - è nota l'elevata incidenza delle meniscectomie e i conseguenti danni cartilaginei a distanza di tempo;
- la patologia della cuffia dei rotatori nella spalla;
- la riparazione di muscoli o tendini danneggiati.

► Platelet Rich Plasma

L'ultima innovazione è rappresentata dal PRP (*Platelet Rich Plasma*), con le sue proprietà rigenerative e anaboliche, ma il cui utilizzo, ad oggi, è ancora controverso

per la mancanza di chiare evidenze scientifiche.

Stiamo sopravvalutando un semplice derivato del sangue? Difficile rispondere, per varie ragioni: esistono diverse tipologie di concentrati piastrinici, con o senza leucociti, senza dimenticare una grande variabilità inter-individuale nella loro concentrazione.

Sembra comunque che il PRP possieda la proprietà di modulare i processi infiammatori e indurre i processi rigenerativi, comportandosi come una sorta di 'bioreattore'.

Grazie alla sua composizione (piastrine e leucociti in diversi rapporti), ha tutti i presupposti per diventare la futura frontiera di una ricerca, ancora aperta, anche se già oggi può essere considerata una "potential biological machine" che necessita di essere regolata per potenziarne gli effetti e per conoscerne sia limiti che caratteristiche ottimali.

► Osteoartrosi precoce

Nel quadro di questo panorama di ricerca e sviluppo, un campo di applicazione importante è quello delle articolazioni precocemente artrosiche, spesso a seguito di attività legate allo sport, pregressi traumi o interventi in pazienti ancora giovani o biologicamente attivi nei quali le nostre armi sono scarse: casi in cui una semplice artroscopia è poco ed una protesi troppo.

Si definisce "osteoartrosi precoce" quel qualcosa di più complicato della classica artrosi, in cui sintomi e segni sono sporadici e limitati in una fascia di età intorno ai 40-60 anni, ma che limitano in modo significativo l'attività spor-

tiva e lavorativa. È proprio in questo campo che negli ultimi anni sono state utilizzate diverse tipologie di concentrato autologo, con PRP, ottenendo buoni risultati clinici.

Questa tipologia di pazienti, sempre più frequente, presenta complesse problematiche da risolvere e trattare, e in questa direzione si stanno sviluppando approcci terapeutici che passano attraverso i nuovi derivati del sangue.

Recenti studi stanno mettendo in evidenza che le cellule mononucleate da sangue periferico o dal grasso sottocutaneo, in particolare i monociti, posseggono la capacità di comportarsi come cellule multi-potenti ad alta plasticità, differenziandosi in osteoblasti e condrociti a seconda del tessuto dove vengono impiantate.

Posseggono inoltre un'elevata capacità angiogenetica e vasculogenetica.

In modo particolare i monociti, essendo un'importante fonte di prostaglandine e mediatori chimici coinvolti nei naturali processi antinfiammatori, espletano un'attività antidolorifica.

Per questo motivo si stanno sviluppando sistemi che permettono la concentrazione fattiva della linea cellulare mononucleata da sangue periferico, con una semplice tecnica di filtrazione a ciclo chiuso e con un modesto prelievo ematico.

Sulla base quindi della scienza di base e di alcuni elementi di letteratura clinica, si comincia a proporre questo tipo di derivato del sangue contenente un'alta concentrazione di cellule mononucleate, nel trattamento della osteoartrosi precoce in alternativa al classico PRP.

► Un esempio: i danni della cartilagine del ginocchio

Un esempio del possibile ruolo attuale della medicina rigenerativa può essere costituito dai danni alla cartilagine del ginocchio, in cui sono osservabili essenzialmente tre grossi scenari:

- traumi della cartilagine, traumatici o microtraumatici, in persone molto giovani (15 - 35 anni);
- usura/degenerazione della cartilagine dovuti a attività lavorative o sportive intense (30-50 anni);
- artrosi grave (età >65 anni).

Nel primo caso vi è la possibilità di utilizzare tutte le tecniche chirurgiche per la riparazione della cartilagine ricorrendo anche alle tecniche di rigenerazione con cellule mesenchimali, che hanno la caratteristica di potersi replicare e differenziare in tessuto cartilagineo.

Il secondo caso rappresenta il quadro più difficile ma anche più comune. In questo contesto i derivati del sangue hanno avuto un importante sviluppo, in particolare con il gel piastrinico, che sembra in grado di ritardare il processo degenerativo e/o diminuire l'infiammazione.

Nel terzo caso ad oggi la medicina rigenerativa non ha ancora un ruolo e la protesi articolare rappresenta l'approccio di scelta.



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

Migliorare la gestione della psoriasi

Da società scientifiche e associazione dei pazienti
i suggerimenti per affrontare al meglio le criticità della malattia

Sensibilizzare sulla psoriasi e suggerire azioni concrete che supportino i medici di famiglia, i dermatologi, le istituzioni nell'orientare le loro azioni e decisioni, tenendo conto sia delle esigenze dei pazienti, sia delle necessità di un Ssn quotidianamente chiamato a fare fronte a emergenze di carattere economico. Partendo da questo presupposto, un gruppo di esperti, tra cui Mmg, ha prodotto un documento che ha ottenuto i patrocini di cinque società scientifiche (SIMG, ADOI, SIDeMaST, SIF, SIFO e l'associazione dei pazienti A.DI.PSO). Il documento fotografa i molteplici aspetti legati alla psoriasi in Italia - sintomi ed epidemiologia, aspetti psicologici, modelli diagnostico-terapeutici, i costi legati alla patologia - per suggerire ambiti di miglioramento e possibili aree di intervento per far sì che le persone affette da psoriasi possano veder garantito il proprio diritto a una tempestiva diagnosi, a una assistenza sanitaria attenta alle loro necessità e alle migliori cure possibili.

► Tavolo multidisciplinare sulla psoriasi

Il documento identifica cinque necessità da cui sono scaturite proposte di miglioramento.

1. L'esigenza che il medico di medicina generale, nel suo ruolo fondamentale di primo referente del paziente, sia adeguatamente formato e informato per gestire correttamente il percorso diagnostico-assi-

stenziale del paziente.

• *Proposta:* favorire una maggiore educazione e formazione del Mmg.

2. La percentuale di pazienti affetti dalla patologia appare largamente sottostimata, poiché spesso non dichiarata, non diagnosticata o diagnosticata tardivamente e non correttamente trattata, contribuendo in tal modo alla presenza di un sommerso rilevante.

• *Proposta:* favorire una maggiore educazione e formazione del dermatologo del territorio e promuovere una connessione tra lo specialista sul territorio e il centro di riferimento di dermatologia.

3. La complessità della patologia - che porta con sé comorbidità importanti e un forte disagio psicologico e sociale per le persone che ne sono affette - richiede che il dermatologo sia il punto di riferimento di una gestione orientata alla multidisciplinarietà per il benessere completo del paziente.

• *Proposte:* promuovere la "gestione olistica" del paziente.

Favorire l'ampliamento della rosa degli specialisti da coinvolgere in base alla gravità della malattia e all'impatto della patologia sulla qualità di vita del paziente.

4. La necessità di una migliore e più efficace comunicazione e informazione che contribuisca ad abbattere lo stigma che ancora circonda la patologia e renda i malati maggiormente consapevoli della possibilità di essere curati subito e in modo appropriato.

• *Proposta:* favorire, coinvolgendo gli stakeholder di riferimento, l'imple-

mentazione di campagne di comunicazione rivolte al grande pubblico.

5. L'allocazione delle risorse è spesso basata esclusivamente su una valutazione dei costi diretti, senza considerare anche quelli indiretti e intangibili connessi alla patologia.

• *Proposte:* considerare i risparmi ottenibili dalla maggiore diffusione delle più recenti terapie biotecnologiche in grado di controllare la malattia e assicurare un'elevata qualità di vita del paziente.

Promuovere un modello organizzativo più efficace in termini di gestione del paziente (diagnosi e terapia) e gestione della spesa.

Introdurre il Patient Report Outcomes nella valutazione, utilizzando indicatori clinici scientificamente validi che consentano di confrontare l'efficacia dei Centri e fornire i risultati clinici migliori su base oggettiva.

► Rapporto del Censis

Contestualmente al documento è stata presentata un'indagine condotta dal Censis che ha coinvolto 300 pazienti con psoriasi, 56 dermatologi dei Centri per il trattamento della psoriasi e 21 farmacisti ospedalieri.

Emerge un percorso diagnostico complesso: nel 70% dei casi i pazienti sono passati da uno specialista ad un altro per ottenere una diagnosi corretta e il 50% dei pazienti si è rivolto a 4 diversi specialisti o Centri prima di individuare l'interlocutore a cui affidarsi.



Fish therapy, un problema emergente

L'ittioterapia, non essendo immune da potenziali pericoli di infezioni, pone problemi di carattere igienico-sanitario. Sarebbe auspicabile una legislazione a carattere nazionale

Una pratica largamente diffusa in alcuni Paesi del Medio Oriente si sta diffondendo anche in Italia: si tratta della *fish therapy*, che consiste nell'immergere totalmente o parzialmente gli arti e il tronco in vasche in cui sono presenti delle specie ittiche utilizzate per rimuovere le cellule morte dell'epidermide, al fine di facilitarne il rinnovo cellulare.

La carenza di una precisa normativa sull'argomento pone però problemi di tipo sanitario, poiché la prestazione non è chiaramente riconducibile né all'ambito estetico né a quello medico. Il Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'ISS ha pubblicato una disamina sul tema (Grasso C, Mancini L, Marcheggiani S, Cristina Romanelli C, Musmeci L. *Fish therapy: trattamento estetico o medico? L'attuale situazione normativa. Notiziario dell'ISS* 2015; 9: 11-13), auspicando che, considerati i potenziali rischi igienico-sanitari, il vuoto normativo sia gestito dagli organi competenti a livello nazionale.

► Descrizione

Il termine *fish therapy* o ittioterapia, è stato coniato nel 2006, quando furono pubblicati i risultati del primo studio sugli effetti di questo singolare trattamento proposto per alleviare i sintomi della psoriasi. Le specie ittiche utilizzate sono *Cyprinion macrostomus* e *Garra rufa* (famiglia Cyprinidae), quelli che vengono comunemente chiamati "pesci dottore" e vivono in branco so-

prattutto nelle acque dell'Anatolia (in particolare, nella zona di Kangal), della Siria, della Giordania.

Da tempi remoti, queste specie vengono utilizzate per il trattamento di alcune patologie dermatologiche per la loro caratteristica di nutrirsi, oltre che di fitoplancton, anche di piccole porzioni di cute dei bagnanti, senza intaccare le restanti parti del derma. Tuttavia, il meccanismo di azione dell'ittioterapia non è completamente noto. Non è definito se il rinnovo cellulare sia dovuto all'azione meccanica dei pesci che, rimuovendo le cellule morte, favoriscono l'esposizione della cute agli alti livelli di selenio presenti nelle piscine termali dei Paesi di Kangal o ai raggi UV, usati nella pratica medica per ridurre ipercheratosi della cute psoriasica. Non si trova invece in letteratura una relazione tra i pesci e un enzima, il ditranolo, attivo per uso topico nella terapia della psoriasi, che molti annunci pubblicitari riportano essere "presente" nei *Garra rufa*. Poiché il ditranolo è un prodotto di origine vegetale, non è definito quale sia l'enzima dei pesci e se abbia gli stessi effetti.

► Situazione internazionale

La pratica è vietata in diversi Stati del Canada e degli Stati Uniti, poiché è considerata antigienica per diversi motivi, tra cui l'impossibilità di assicurare un'efficiente disinfezione delle vasche nel passaggio tra un cliente e l'altro e l'inevitabile contatto degli

stessi pesci con più clienti. In Francia, l'ANSES ha stimato che, nonostante l'assenza di casi documentati di infezione, il rischio di trasmissione umana o zoonotica attraverso l'acqua non è pari a zero. In Germania, alcuni distretti hanno requisiti severi (la qualità dell'acqua, il mantenimento dei pesci, un certificato che attesti l'esclusione di infezione da parte dei clienti). Il Belgio ha emesso un parere negativo per l'apertura di nuovi centri. L'Health Protection Agency del Regno Unito ha affermato che i rischi sanitari sono bassi, ma non possono essere completamente esclusi. Fa riflettere che, nello stesso documento, si consiglia di non sottoporre al trattamento le persone affette da alcune patologie, tra cui proprio la psoriasi, che sono più soggette alle infezioni.

► Situazione italiana

Alcune Regioni hanno provato a esprimersi sull'argomento. La Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia ha stabilito che i trattamenti quali manicure/pedicure e scrub/peeling esfolianti corpo con l'utilizzo di *Garra rufa* ricadono nell'ambito delle prestazioni a carattere estetico, con conseguente necessità della presenza di un operatore professionalmente qualificato per l'attività di estetista. Qualora vi siano condizioni di dermatiti, psoriasi o similari, tale trattamento deve prevedere una valutazione clinica, che può essere condotta esclusivamente da personale medico.