

# M.D.

M E D I C I N A E D O C T O R Anno XXIII, numero 8 - novembre-dicembre 2016

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

## IN QUESTO NUMERO

### FOCUS ON 6

**La Medicina di Famiglia  
deve essere specialità  
accademica**

### PROPOSTE 10

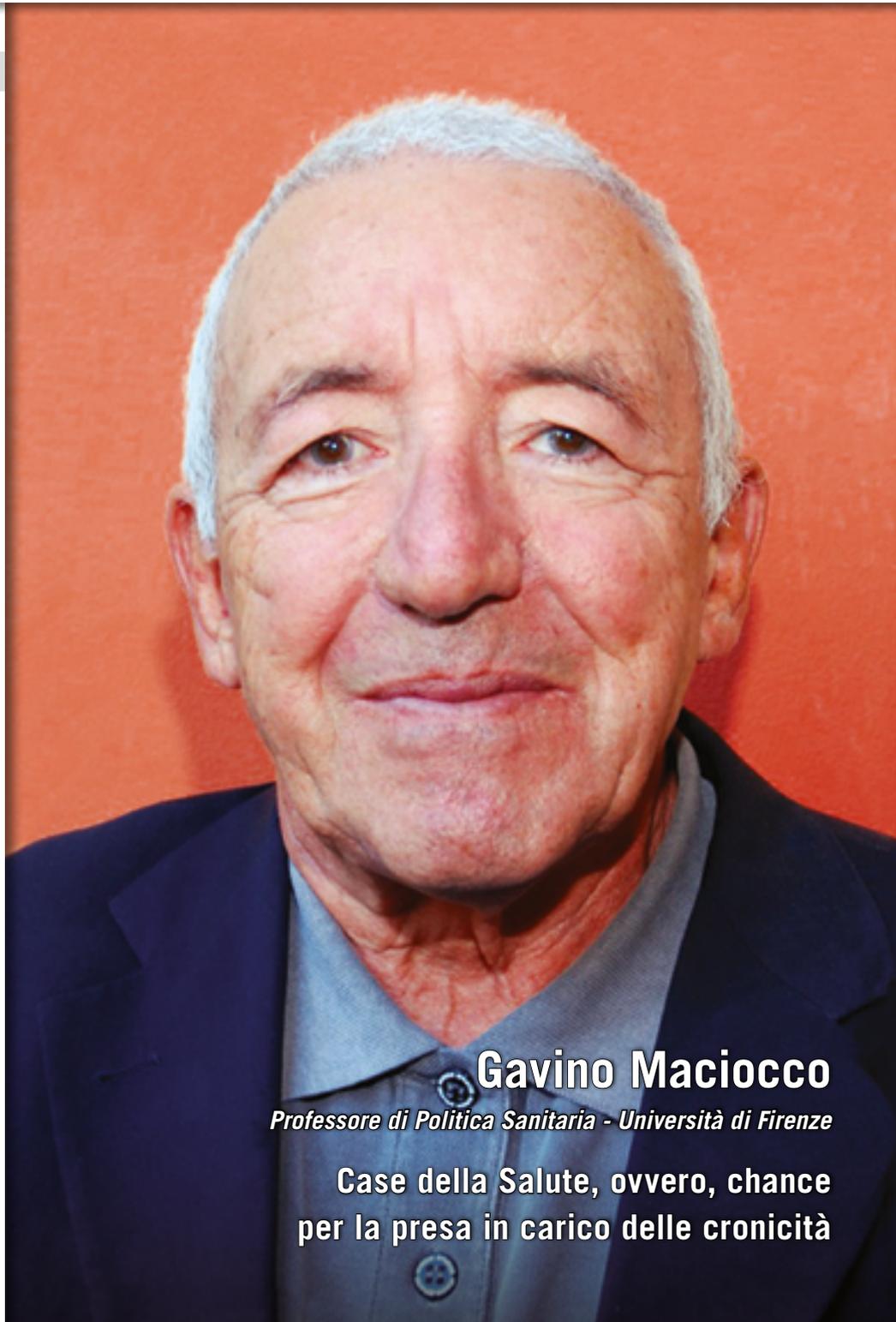
**Medicina Generale:  
indietro tutta?**

### MANAGEMENT 30

**Approccio multidisciplinare  
al dolore toracico secondo  
il metodo clinico ragionato**



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



**Gavino Maciocco**

*Professore di Politica Sanitaria - Università di Firenze*

**Case della Salute, ovvero, chance  
per la presa in carico delle cronicità**



## 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**  
Case della Salute, ovvero, chance per la presa in carico delle cronicità ..... 5
- **Focus on**  
La Medicina di Famiglia deve essere specialità accademica ..... 6
- **Proposte**  
Medicina Generale: indietro tutta? ..... 10
- **Riflettori**  
Basta guerra tra colleghi per le ricette bianche ..... 12
- **Prospettive**  
Aspettando che l'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia diventi realtà ..... 13
- **Contrappunto**  
Ma le sanzioni sono la soluzione contro il calo della copertura vaccinale? ..... 14
- **Indagini**  
Meno della metà dei medici è in regola con i crediti Ecm ..... 16
- **Riflessioni**  
Psicologia medica, un'attitudine per la Medicina Generale ..... 18
- **Italia sanità**  
Campania, Molise e Veneto al top per le ricette digitali ..... 20

## AGGIORNAMENTI

- **Dermatologia**  
Facilitare il percorso diagnostico dell'idrosadenite suppurativa ..... 22
- **Ematologia**  
Policitemia vera: progressi diagnostici e terapeutici ..... 23
- **Oncologia**  
Interventismo ancora eccessivo per il tumore della prostata ..... 24
- **Reumatologia**  
Osteoporosi: nuovo algoritmo per terapie appropriate ..... 25
- **Patologia trombotica**  
Rischio emorragico negli anziani in terapia con NAO ..... 26
- **Urologia**  
Dolore pelvico cronico e risvolti reumo-immunologici ..... 28

## CLINICA E TERAPIA

- **Management**  
Approccio multidisciplinare al dolore toracico  
secondo il metodo clinico ragionato ..... 30
- **Clinica**  
La strongiloidosi: focus sulla malattia dei piedi scalzi ..... 38
- **Rassegna**  
Up to date sulle patologie benigne della mammella ..... 40
- **Osservatorio**  
Innovativa chirurgia del russamento e OSAS ..... 44
- **Prevenzione**  
Prevenzione del delirium post-operatorio ..... 45
- **Counselling**  
Come parlare di rischi iatrogeni ai pazienti ..... 46

# Case della Salute, ovvero, chance per la presa in carico delle cronicità

**U**na Medicina Generale in grado di fronteggiare la domanda di salute legata alla cronicità lavora su tre assi: multidisciplinarietà, sanità d'iniziativa e nuove infrastrutture edilizie; in un concetto, le Casa della Salute.

È questo quanto sottolinea **Gavino Maciocco**, per anni medico di famiglia e attualmente professore di Politica Sanitaria all'Università di Firenze, durante la presentazione del suo libro *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche*. "Per dirigere la presa in carico delle patologie croniche verso il territorio e alleggerire così ospedali e pronto soccorso occorre che l'organizzazione delle cure primarie cambi radicalmente", sottolinea a M.D. Maciocco.

La filosofia che regge le Case della Salute è chiara: si tratta di luoghi dove la multidisciplinarietà è pane quotidiano per i professionisti e i pazienti, in una logica di prossimità, si affidano con maggior certezza di presa in carico a Mmg, specialisti e infermieri. "Bisogna evitare due errori - continua Maciocco - prima di tutto pensare che la struttura edilizia sia così rilevante; ho visto poliambulatori trasformati per magia in Case della Salute solo grazie a un *restyling* d'etichetta. Inoltre, bisogna comprendere che l'impegno richiesto a chi vi lavora non è solo clinico: l'attività assistenziale infermieristica è centrale. Se agli infermieri non viene data importanza, la sanità d'iniziativa non decollerà, questo perché l'80% dei pazienti ha bisogno di essere supportato nella gestione della patologia cronica".

Non si può più aspettare che il paziente metta piede in studio con complicazioni derivanti dalla sua malattia: bisogna prevenire. E finalmente si può: "ormai in tutte le realtà che hanno ripensato le cure primarie - nel libro presentiamo diversi casi in Toscana e Emilia Romagna - il modello di cura è cambiato: la logica multidisciplinare domina e il medico solo nel suo studio non esiste più; esistono invece *équipes* di medici di famiglia che collaborano fianco a fianco con squadre di infermieri e specialisti".

(S.M.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Gavino Maciocco

# La Medicina di Famiglia deve essere specialità accademica

Negli anni abbiamo assistito ad un vero e proprio esproprio delle competenze relative alla MG. Questo è stato possibile grazie all'assenza di questa Disciplina dal mondo accademico. L'assenza di un corpo dottrinale definito e di un programma di insegnamento universitario stabilito comporta infatti la mancanza di un programma di insegnamento specialistico, riconosciuto e condiviso dalle altre specialità, e la mancanza di un chiaro dominio nel sistema della erogazione delle cure che rende la Medicina Generale indeterminata assieme alle cure primarie che devono invece essere definite e di alta qualità

**Giuseppe Maso**

*SIICP - Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie  
Professore di Medicina di Famiglia Università di Udine*

**N**on può esistere un sistema sanitario equo ed efficace se le cure primarie non hanno un ruolo di assoluta importanza e non possono esistere cure primarie eque ed efficaci senza una Medicina Generale (MG) di qualità. Nel nostro Paese l'area occupata dalla MG nella piramide dei livelli di cura si è andata via via riducendo negli ultimi anni per svariati motivi che vanno dall'elefantico carico burocratico alla impossibilità di prescrivere farmaci di ultima generazione, dalla delega obbligata allo specialista per l'assenza dal ticket per patologia alla impossibilità di accedere alla diagnostica di secondo livello, dalla imposizione di piani diagnostici e terapeutici ad una organizzazione delle cure territoriali inefficace. Alla base di questo esproprio di competenze Disciplinari sta l'assenza della Medicina Generale/Medicina di Famiglia nel mondo accademico. L'assenza di un corpo dottrinale

definito e di un programma di insegnamento universitario stabilito comporta la mancanza di un programma di insegnamento specialistico, riconosciuto e condiviso dalle altre specialità, e la mancanza di un chiaro dominio nel sistema della erogazione delle cure. La mancanza di un dominio rende questa Disciplina indeterminata e rende indeterminate le cure primarie che devono invece essere definite e di alta qualità.

Per fare un buon medico di famiglia è, ovviamente, indispensabile un corso di laurea che preveda nel *curriculum* degli studi la nostra Disciplina: sembra una cosa ovvia, ma nel nostro Paese vi sono tali e tante resistenze che ci sono, per ora, solo esperienze isolate e pilota. *(Tabella)*.

## ► Una questione di qualità

Come è ben noto, l'accelerazione delle conoscenze scientifiche e l'applicazione delle scoperte tec-

nologiche rendono obsoleto in pochissimo tempo qualsiasi bagaglio di conoscenze. Questo è particolarmente vero per le specialità mediche ed in particolare per una Disciplina tanto articolata come la Medicina di Famiglia. Ecco perché, praticamente in tutto il mondo, per preparare i futuri medici generali è previsto un corso di specializzazione. La specialità ha la funzione di dare a questi dottori gli strumenti conoscitivi e le abilità professionali per cui essi siano in grado di gestire la loro futura professione. Essi devono avere tutti gli strumenti per provvedere al loro aggiornamento.

La specialità è fondamentale perché con essa vengono definiti i compiti e le abilità. Qualsiasi attività deve puntare all'eccellenza ed al controllo di qualità. Fondamentali quindi, anche in Italia, i Dipartimenti Universitari di Medicina di Famiglia così come è fondamentale una rete di studi medici atti

all'insegnamento tutoriale.

Un buon medico sarà anche il prodotto di un buon tutore, quindi è assolutamente necessario che attorno ai dipartimenti universitari, strettamente collegata, nasca una rete di tutor. I tutor avranno il compito fondamentale di trasmettere abilità. Per trasmettere abilità, ovviamente bisogna conoscerle, non è quindi sufficiente per i tutor conoscere le tecniche didattiche ma essi devono essere scelti tra coloro che hanno dimostrato di "saper fare". I tutor avranno evidenti capacità pratiche, uno studio organizzato, attrezzature e personale. Essi dovranno avere uno standard ambulatoriale predefinito. Dipartimenti e studi medici dovranno lavorare in stretta collaborazione. Questo è ben ribadito in tutti i documenti dell'Oms ed è in realtà quanto avviene in tutto il mondo.

► **Una disciplina deve avere il suo posto all'Università:**

- Per la sua dignità e nobiltà.
- Per la sua indipendenza economica e culturale.
- Per il metodo nella ricerca e nell'insegnamento.
- Per il rapporto paritario con le altre discipline.
- Per l'indipendenza dei docenti.
- Per la verifica dei titoli e della qualità dei docenti.
- Per i rapporti internazionali istituzionalizzati.
- Per lo scambio di metodologie di formazione e ricerca.
- Per la creatività del posto.
- Per gli stimoli innumerevoli da altre branche.
- Per dare alle altre discipline il suo patrimonio di conoscenze.
- Per avere il riconoscimento della

propria originalità.

- Per acquisire abilità.
- Per acquisire tecnologia.
- Per le facilitazioni istituzionali quali biblioteche, mezzi didattici etc.

Con la Medicina Generale all'Università avremo migliori cure primarie in un Sistema Sanitario più efficace, sostenibile ed equo, ci auguriamo che tutti concorrano a fare in modo che ciò si possa realizzare.

**Tabella**

**I perché dell'insegnamento accademico**

**Il programma di insegnamento a livello accademico è fondamentale per una serie di motivi:**

- Gli studenti possono conoscere la Disciplina e solo così potranno fare una scelta vocazionale vera. Solo così può essere eliminata una buona fetta di improvvisazione.
- Si potrà creare un corpo docente della Disciplina. Esso è fondamentale per costruire e definire il corpo dottrinale della Disciplina stessa e per progettare un profilo di carriera. La carriera è indispensabile per la crescita di qualsiasi attività umana.
- Si potrà creare un corpo di precettori. Ogni attività professionale ha delle regole, dei comportamenti che sono frutto di convenzioni scritte e non; sono il risultato di un sedimentarsi di esperienze quotidiane avvenute nel corso di generazioni e si possono apprendere solo sul campo. Il sentimento di appartenenza ad una comunità di professionisti può essere trasmesso alle giovani generazioni solo attraverso lo scambio continuo tra precettore ed allievo; esso è molto diverso dalla trasmissione di abilità, riguarda piuttosto la sfera degli entusiasmi, dell'orgoglio di appartenenza e si riferisce alla trasmissione di comportamenti e di istanze di indipendenza della Disciplina stessa.
- Il programma di insegnamento *undergraduate* è fondamentale per la definizione delle funzioni, dei compiti e delle abilità della Medicina di famiglia. Esso descriverà quindi il "dominio" della Disciplina. Solo così non si abdiccherà più, si potranno valutare le *performance* e si dovranno giustificare scientificamente alcune scelte organizzative del sistema sanitario (centri per l'ipertensione, centri per il diabete, centri per la menopausa, centri per l'adolescenza, centri per la demenza, ambulatori di senologia, e chi più ne ha più ne metta). L'Università diventa quindi (come lo è stato in tutto il mondo) il passaggio obbligato per l'affermazione della medicina di famiglia.
- La Medicina di Famiglia avrà il suo posto, paritario, tra le altre discipline mediche con cui avrà uno scambio continuo che non potrà che portare arricchimento a tutto il mondo accademico.

## Specializzazione in Cure Primarie e insegnamento della MG nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia: la posizione della SIICP

Augusto Zaninelli - *presidente SIICP*

La Specializzazione in Medicina Generale è necessaria e deve far parte di un percorso formativo che parte nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Questa è da sempre la posizione chiara, netta e precisa espressa dal direttivo della SIICP, Società Italiana InterDisciplinare di Cure Primarie, in occasione della pubblicazione dell'emendamento alla legge di bilancio (Ddl AS 2935), presentata in Commissione Igiene e Sanità del Senato, lo scorso 11 novembre per le scuole di specializzazione, poi quasi immediatamente ritirato.

La Società Italiana InterDisciplinare di Cure Primarie ([www.siicp.it](http://www.siicp.it)) è una associazione scientifica che ha una età media di medici fra le più giovani in assoluto in Italia, annoverando fra i suoi scritti una grande parte di medici di medicina generale in formazione oppure che hanno appena superato il triennio. Fanno parte inoltre della Società medici più anziani quasi tutti accreditati come minimo con una specializzazione e quasi tutti Tutor di medicina generale nell'ambito del programma formativo regionale del triennio.

### ► L'Italia si allinei a tutti gli altri Paesi del mondo

La SIICP ha sempre sostenuto l'importanza che anche l'Italia si

allinei a tutti gli altri paesi del mondo che considerano la Medicina Generale con la stessa dignità e autorevolezza di qualunque altra branca specialistica e presentano all'interno delle loro Università Dipartimenti di Medicina Generale/Medicina di Famiglia /Cure Primarie/Medicina di Comunità.

Questi Dipartimenti universitari sono assolutamente sovrapponibili alle strutture delle altre specializzazioni, con insegnanti che rapportati alla nostra realtà possono essere considerati come titolari di cattedra, associati e ricercatori, solo che, invece di avere letti di degenza in strutture apposite, svolgono l'attività in ambulatori di insegnamento e nel territorio.

L'emendamento di cui sopra prevedeva l'equiparazione della scuola di specializzazione in Medicina Generale alle altre scuole senza però avere alle spalle la struttura universitaria di riferimento. Nell'emendamento si leggeva della possibilità che almeno il 50% dei docenti di questa scuola fosse da reclutare fra i medici di assistenza primaria, ma non era chiaro chi fosse il direttore della scuola e con quale dipartimento universitario si sarebbe poi relazionata.

È evidente, pertanto, come un'organizzazione di questo tipo assomigli molto ad una casa costruita senza le fundamenta

quindi fragile, insicura, inutile e pericolosa.

### ► La nostra proposta

Naturalmente la proposta della SIICP è molto semplice e si basa sui principi fondamentali della formazione: pre-laurea, post-laurea e permanente.

Si parta, perciò, dalla base cioè dalla formazione pre-laurea e dalla costituzione del Dipartimento Universitario di Cure Primarie nelle varie Università italiane in modo che la materia possa essere insegnata agli studenti del quarto, quinto e sesto anno.

Solo successivamente potrà nascere la Scuola di Specializzazione post-laurea in Medicina Generale e così si potrà poi dar vita alla formazione permanente per il mantenimento del titolo di Medico delle Cure Primarie che potrebbe in modo molto più propositivo e qualificato, sostituire l'attuale sistema di attestazione di crediti formativi Ecm sulla cui validità e utilità, ultimamente, sono nati non pochi dubbi.

La SIICP quindi propone un percorso semplice, lineare, logico, già codificato, già sperimentato, quindi in altre parole un percorso "normale".

A volte, però, viene da chiederci se veramente noi viviamo in un Paese "normale".

# Medicina Generale: indietro tutta?

In questi ultimi vent'anni il modo di lavorare del medico di medicina generale si è fortemente evoluto. Nel sistema sanitario stiamo assistendo ad un progressivo passaggio di compiti sempre più complessi e gravosi dal comparto ospedaliero a quello territoriale: il territorio è diventato realmente lo scenario fondamentale nei passaggi di presa in carico dei pazienti. Proprio per questo motivo abbiamo bisogno di semplificare i processi di gestione. Quindi, ridadeci il nostro vecchio ambulatorio, ma collegato ad una rete regionale con una cartella medica comune

**Alessandro Chiari**

*Segretario Regionale Emilia Romagna Sindacato medici italiani - Coordinatore nazionale dei Segretari Regionali Smi*

Il territorio è diventato sempre più lo scenario fondamentale dei passaggi di presa in carico dei pazienti con compiti sempre più gravosi e complessi per i medici delle cure primarie, Mmg in testa. Nel frattempo la domanda di salute e le malattie croniche sono aumentate mentre sono significativamente diminuite le risorse destinate alla sanità e in modo particolare alla medicina territoriale. Le risposte gestionali per poter fronteggiare con 'efficacia ed efficienza' e pochi soldi questo nuovo scenario si sono affollate negli anni, trovando poi spazio nei rinnovi convenzionali: équipe territoriali, associazionismo, medicina di gruppo, medicina in rete, coop mediche, ecc. fino ad arrivare alla declinazione della riforma Balduzzi. Ma quello di cui avremmo bisogno in questo *mare magnum* di alternative "gestionali" per la presa in carico delle cronicità è semplificarne i processi e lasciare che il Mmg non perda il suo ruolo fondamentale di porta d'accesso al Ssn quale referente di fiducia.

Medicina Generale è stata viziata dalla *strategia dell'incentivazione*, ovvero si è mirato ad incentivare il medico di medicina generale in relazione a progetti specifici che lo hanno portato ad una accresciuta mole di lavoro. Il meccanismo, sebbene partito con la migliore delle intenzioni - miglioramento dell'assistenza attraverso una serie di progetti peculiari, per cui l'azienda incentivava i medici che si impegnavano negli obiettivi consensualmente fissati - è impleso in sé stesso. Infatti il sistema ha mostrato una serie di limiti (carichi di lavoro a parte) con il risultato che, invece di portare il livello di assistenza al livello ottimale, di fatto, si è frammentato il sistema offrendo differenti livelli di assistenza, che si basano sull'adesione dei medici ai diversi progetti con l'esito che, alla fine, l'assistenza erogata non è comunque mai ed assolutamente uniforme.

## ► Il nostro "sisma quotidiano"

Purtroppo noi, che lavoriamo sul territorio come Mmg, vediamo come, ogni giorno, il medico sostenga la battaglia quotidiana della respon-

sabilità del confronto diretto con il paziente che attualmente sarebbe più idoneo definire "paziente sociale" 'assetato di sanità' e che spesso non comprende la restrizione normativa in cui, a volte, è costretto ad operare il 'dottore' dove il sistema tende a responsabilizzare il medico, in relazione ai compiti di committenza condivisi dalla nostra figura professionale. Grazie a questo è proprio il Mmg che rischia di apparire al cittadino come il 'giudice' della concessione della risorsa stessa: in realtà la comprensione della qualità di una evoluzione sanitaria, da parte del cittadino medio, sembra piuttosto condizionata da situazioni molto più pratiche tipo l'entità dei ticket, le liste d'attesa ecc. Quindi con l'intenzione di alzare il livello dell'assistenza, da quella essenziale a quella ottimale, nella ricerca dell'*optimum*, ovvero la '*personalizzata*', si corre il rischio di cadere in quella superflua. Inoltre l'evoluzione della medicina territoriale rischia tuttora di danneggiare quel peculiare rapporto, basato sulla fiducia e l'accettazione della stessa, esistente tra il medico ed il 'suo' paziente oppure, se vogliamo invertire i termini, tra il cittadino ed il 'suo' medico.

## ► La deriva dell'incentivazione

La politica della contrattazione dell'organizzazione del lavoro nella

### ► Cercasi manager

La generazione dell'attuale dirigenza sanitaria in maggior parte e per motivi anagrafici non è stata formata 'nativamente' come manageriale ma, come si direbbe in informatica, è stata *updated*, cioè aggiornata ad una versione più recente in corso d'opera. In definitiva le figure capaci lo sono indipendentemente da presunte formazioni manageriali. Questa carenza di formazione strutturata e specifica è stata ammessa anche dalla FIASO che in un recente passato ha rispolverato i ruoli dei *curricula* come garanzia di qualità.

### ► Medicine di gruppo e CdS

Anche l'associazionismo medico ha conosciuto una spinta contrattuale per cui, nel tentativo di abbattere spese sempre maggiori, i medici di famiglia si sono sempre di più aggregati in ambulatori comuni allentando la rete dei presidi territoriali che i vecchi studi assicuravano. La medicina di gruppo ha quindi conosciuto una stagione di espansione importante con la creazione di molti ambulatori in cui essendo presenti più medici (aggregazione monoprofessionale), che si rendevano disponibili anche ai pazienti degli altri colleghi del gruppo, si poteva arrivare a garantire (almeno teoricamente) una risposta ai bisogni assistenziali ambulatoriali nell'arco delle dodici ore canoniche dell'attività diurna. Con la Balduzzi, che rimane, la normativa di riferimento, di fatto veniva poi posto un obiettivo di risparmio territoriale basato sulla riduzione delle risorse e delle incentivazioni: tutto quello di cui si avrebbe avuto bisogno per rispondere all'aumentata domanda di salute e di cura delle cronicità andava fatto ma a "ipo-risorse" e fino al

2018 la situazione non cambierà. Pensiamo alle Case della Salute: considerando che abbiamo allo stato attuale, ad esempio in Emilia Romagna, un quarto della popolazione regionale sopra i 75 anni, fascia d'età in cui molti soggetti manifestano difficoltà di spostamento se non di deambulazione e in cui un grande numero è costituito da figure fragili (cronici ed alettati), è ovvio che questa utenza si sentirà sempre più discriminata anche dagli acciacchi dell'età, di non potere usufruire dei servizi di prossimità: tanto per intenderci dei vecchi medici di famiglia accessibili nell'ambulatorio sotto casa.

### ► Cooperative mediche: modello a fine corsa

All'aumento del lavoro sanitario è corrisposto un aumento del lavoro "burocratico" a cui si è tentato di dare risposta con l'assunzione di personale. Le forme associative comportano ormai alti costi di gestione, ma soprattutto anche tempi adeguati ad una tale complessa gestione che portano via ulteriore tempo al medico e sono fonte di enorme preoccupazione. Il tempo dedicato all'attività gestionale e organizzativa si ripercuote su quello dedicato al paziente e sugli stessi orari di lavoro del medico. Tutto ciò ha contribuito a generare un bisogno di servizi che una volta non esisteva. Il modello cooperativistico medico rimasto così come proposto negli anni novanta ha mostrato tutta la sua obsolescenza perché non è riuscito ad adattarsi alle esigenze dei medici stessi. Quota di ingresso, tempo da dedicare ad assemblee ed al resto dell'attività organizzativo-gestionale, unitamente al fatto che queste cooperative non hanno mai offerto servizi realmente competitivi dal punto di vista economico e che non

hanno dato vita a reali economie di scala, hanno reso inutili tali forme gestionali. Il bisogno di dare un punto di riferimento, e la voglia di alcuni medici di diventare *business-men* ha prevalso sul servizio. Il modello che, allo stato attuale delle esigenze, mi appare più appropriato è quello dell'*agenzia dei servizi* intesa nel senso più semantico del termine: ovvero come società o impresa per l'intermediazione e per l'erogazione e la fornitura di servizi ai colleghi. Questa organizzazione appare molto più competitiva perché non necessita di quote di ingresso, proporrebbe un intero pacchetto di servizi essenziali, secondari, accessori e gestionali *organizzati in un catalogo* di facile ed agevole consultazione che permetta comunque un'offerta altamente competitiva in termini di rapporto prezzo e qualità i cui i cui articoli sarebbero acquistabili secondo le varie e diverse esigenze. L'agenzia, che potrebbe essere anche la stessa Asl, si potrebbe occupare di rendere fruibili: struttura, impiantistica, servizi essenziali, servizi informatizzazione/telefonia e linee dedicate, smaltimento rifiuti e farmaci, sicurezza, pulizia, manutenzione, personale di studio ed infermieristico, mezzi di trasporto, eventualmente anche servizi domiciliari ad anziani e figure fragili, assistenza alla persona e tutta la gestione di tali aspetti. Questo progetto potrebbe anche perfezionarsi in *partnership* con strutture che già lavorano con il Ssn. Il progetto essendo una necessità e rappresentando un'area di bisogni molto sentita dai medici ed essendo anche di stretta attualità temporale avrebbe basso rischio d'impresa. Conclusione: fermate il mondo vogliamo scendere ridateci il nostro vecchio ambulatorio, ma collegato ad una rete regionale con una cartella medica comune e vi solleviamo il Ssn.

# Basta guerra tra colleghi per le ricette bianche

L'annosa questione del non utilizzo del ricettario del Ssn da parte degli specialisti è tornata alla ribalta e i toni del dibattito tra i camici bianchi è stato inasprito da accuse reciproche. Pier Luigi Bartoletti, vicesegretario nazionale Fimmg getta acqua sul fuoco sottolineando che nel nostro Paese i medici pagano lo scotto di un difetto di comunicazioni tra i comparti: "Non esistono percorsi codificati, come esistono all'estero, che valorizzino il lavoro di medici di famiglia e specialisti"

**I**l rimpallo di responsabilità non aiuta certamente a risolvere una questione importante che ciclicamente ritorna ad animare il dibattito tra medici e che riguarda il non utilizzo del ricettario del Ssn da parte dei medici specialisti pur avendone l'obbligo. Chiamati a dar conto di questa 'abitudine' adducono spesso scuse del tipo 'non ho tempo' o 'non ho il PC' e lamentando che i Mmg dovrebbero garantire una maggiore 'appropriatezza' nell'invio dei pazienti agli specialisti a cui troppo spesso si ricorre con estrema facilità anche quando non ce n'è bisogno. Vuole spezzare questo ping pong sulle responsabilità **Pier Luigi Bartoletti**, vicesegretario vicario nazionale Fimmg che imputa quando accade ad un difetto di comunicazione tra i due comparti: "Da anni - dichiara - si portano avanti teoremi che raccontano di lotte agli sprechi, senza tenere però conto che uno dei fattori principali di spreco in sanità è proprio la mancata comunicazione tra i colleghi. Non esistono percorsi codificati, come esistono all'estero, che valorizzino il lavoro dei medici di famiglia e specialisti".

## ► Un problema culturale

Il problema di fondo è quindi culturale. Il messaggio lanciato da Bartoletti è

forte: la guerra non deve essere tra colleghi, tra specialisti e medici di famiglia, quanto verso l'impostazione istituzionale: "finché ci si baserà su logiche di tagli o, peggio, di penalizzazioni e sanzioni per chi prescrive e semplicemente fa il suo lavoro con molte difficoltà, non si arriverà da nessuna parte: bisogna piuttosto gettarsi a capofitto per elaborare una strategia che abbia come stella polare un nuovo approccio clinico". Sono anni che i codici deontologici, i patti per la salute e le bozze di rinnovo contrattuale parlano di percorsi che stabiliscano un nuovo equilibrio tra ospedale e territorio: "se il medico di medicina generale deve fronteggiare un problema clinico, manderà il paziente in una struttura ospedaliera dove avverrà la presa in carico. Sembra banale, ma questo semplice procedimento oggi c'è solo sulla carta. Perché se da un lato costa fatica (c'è bisogno di un lavoro certosino per tracciare questi percorsi tra Mmg, Azienda e specialisti), dall'altro bisogna sempre chiedersi qual è l'incentivo per farlo. Oggi questo sistema si realizza solo su base volontaristica, a seconda della sensibilità di alcuni colleghi". Il rischio allora si annida dietro l'angolo e vuol dire, tra l'altro, duplicazione delle prescrizioni.

Questi approcci economicistici minano le basi stesse del sistema sanitario pubblico, un sistema che deve (dovrebbe) garantire ciò che è necessario: "ma chi stabilisce cosa è necessario?", incalza Bartoletti; è proprio su questa strada che la collaborazione e la comunicazione tra Mmg e specialisti renderebbe più semplice la codifica di ciò che è necessario e ciò che può (e deve) essere posto come prestazione a pagamento. "Inoltre - conclude Bartoletti - sarà più semplice anche per il paziente capire che il percorso suggerito per la sua presa in carico è corretto e che le informazioni che trova in internet o i suggerimenti che gli danno conoscenti o parenti non sono adeguati. Il problema che si addita come culturale quello cioè del paziente che attacca i medici deriva da una carenza organizzativa e comunicativa tra noi medici che, a sua volta, deriva da una visione mancata da parte delle istituzioni".



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

# Aspettando che l'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia diventi realtà

Una recente sentenza della Cassazione interviene nuovamente sulla certificazione medica attestante pochi giorni di malattia. La sentenza dichiara legittima - pure in presenza della certificazione del medico curante - la facoltà del datore di lavoro di attuare un controllo, anche occulto sul lavoratore tramite agente investigativo

**S**e il cielo sembrava schiarirsi con la richiesta da parte degli Ordini dei Medici dell'autocertificazione per i primi tre giorni di malattia, le nubi tornano. Sì, perché se è vero che il disegno di legge comunicato alla presidenza del Consiglio l'ormai lontano 10 settembre 2015 per riformare il decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 in materia di false attestazioni o certificazioni e controlli sulle assenze è ancora sommerso tra le carte del Parlamento, sono veri anche gli ultimi fatti di cronaca sul tema, che mettono nuovamente nel mirino la certificazione del Mmg, privata del suo valore di atto pubblico assistito da fede privilegiata (ossia valido fino a quella di falso).

"Gli ultimi fatti di cronaca - commenta a M.D. **Augusto Pagani**, Presidente OMCeO Piacenza - mettono in luce come le patologie associate a pochi giorni di malattia non siano accertabili dal medico in modo oggettivo. Il fatto che i datori di lavoro paghino agenti investigativi per confermare sospetti sui loro dipendenti conferma la nostra linea sull'autocertificazione dei primi tre giorni: il certificato medico non è l'argine all'assenteismo".

## ► La sentenza

La sentenza n. 18507/2016 della Corte di Cassazione, chiamata ad esprimersi in merito alla compatibilità delle condizioni di salute di un lavoratore (assente per dichiarata lombosciatalgia) e trovato a eseguire lavori sul tetto di casa, afferma di fatto il disconoscimento del certificato medico attestante la malattia del lavoratore. C'è di più: rispetto a una sentenza precedente (la n. 1711/2016, che afferma la possibilità del datore di lavoro di eseguire accertamenti sanitari privatamente in caso di gravi sospetti (elemento determinante per la legittimità dei controlli)), questo verdetto della Corte porta tutto alle estreme conseguenze: è sufficiente la "mera ipotesi" che il lavoratore stia compiendo atti illeciti. Dal punto di vista del cittadino disonesto questa è certamente una brutta notizia; ma anche per il medico qualcosa cambia: i risultati delle investigazioni (qualora legittimamente acquisite) privano il certificato medico dei suoi effetti. Una conseguenza non di poco conto. "Non credo - continua Pagani - ci sia un tentativo di gettare discredito verso la professione medica e,

in particolare verso la MG; è solo il riconoscimento del fatto che il certificato non è un atto in sé sufficiente per attestare una certezza. Ci sono situazioni in cui se il paziente dichiara un sintomo non oggettivabile, il medico non può fare miracoli e deve solo prenderne atto; questo non vuol dire che il medico stia attestando il falso".

"Si è arrivati addirittura - conclude Pagani - a due certificazioni rilasciate alla stessa persona, nello stesso giorno, con due prognosi diverse. Ma dobbiamo essere onesti: se un paziente va al Pronto soccorso e riceve una prognosi di un giorno per malattia e in seguito si reca da un altro medico - senza riferire di essere stato al Pronto soccorso - e riceve una prognosi maggiore perché il medico constata una situazione più grave, su quale base si può sospettare del secondo medico e accusarlo di falso?".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Augusto Pagani

# Ma le sanzioni sono la soluzione contro il calo della copertura vaccinale?

Le prime sanzioni arrivate dagli OMCeO di Firenze e Treviso a due medici che, con attività di divulgazione, si sono distinti per aver sconsigliato le vaccinazioni non lasciano indifferenti il mondo medico. Ci si interroga se la via sanzionatoria sia la strada giusta per combattere la regressione della copertura vaccinale che investe i Paesi occidentali, compreso il nostro. M.D. ne ha parlato con il Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano Roberto Carlo Rossi che mostra alcune perplessità

I numeri sulle vaccinazioni nel nostro Paese non rassicurano gli esperti, anche dopo la netta presa di posizione della FNOMCeO contro i medici che le sconsigliano. Ma il documento dell'Ordine dei Medici, presentato prima dell'estate (quello che ha messo nero su bianco l'intenzione della Federazione di sanzionare fino alla radiazione i medici che sconsigliano i vaccini andando contro l'evidenza scientifica), sembra dare i primi frutti; anche se trova qualche critica autorevole. È infatti dalle parole del Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano **Roberto Carlo Rossi**, raggiunto da M.D. che arriva una piccola stoccata: "pur avendo firmato il documento in questione, sono da sempre in parziale disaccordo con la linea sanzionatoria della FNOMCeO. Intendiamoci: credo che le sanzioni siano importanti, ma sono altrettanto convinto che dobbiamo essere fermi nei confronti dei colleghi per far passare il messaggio scientifico, ribadendo i doveri deontologici di ogni medico". Magari agendo sui più giovani, i giovani camici bianchi che ancora frequentano i corsi di formazione: "è chiaro che senza sanzioni rischia di scivolare via il rispetto della norma e dei doveri deontologici - continua

Rossi -: tuttavia rincorro sempre il sogno di avere una totale adesione del corpo medico sull'importanza dei vaccini. Credo per questo che il coinvolgimento dei colleghi sin dalla frequenza del corso di studi sia centrale; una maggiore cognizione scientifica legata alla consapevolezza del proprio mestiere è essenziale".

## ► Intanto si sanziona

Intanto, nell'attesa che la prospettiva avanzata da Rossi sulla formazione dei futuri medici prenda piede, le sanzioni sono la strada da seguire. Ed infatti le prime sono arrivate dagli Ordini provinciali di Firenze e Treviso che hanno avviato procedimenti disciplinari nei confronti di due medici che, con attività di divulgazione anche in congressi scientifici oltre che fra i propri pazienti, si sono distinti per aver sconsigliato le vaccinazioni. "Da quando abbiamo redatto il documento - sostiene il segretario FNOMCeO **Luigi Conte**, "ci sono stati riscontri positivi perché molti presidenti di Ordini provinciali hanno cominciato ad aprire procedure disciplinari. Penso, ad esempio, all'Ordine di Treviso che si è espresso contro un noto cardiologo che si diletta

a parlare anche di vaccini. Evidentemente qualcosa si sta muovendo in questa direzione, anche perché è chiaro che i medici devono entrare in comunicazione con i pazienti dando informazioni e spiegazioni, ma senza sconsigliare le vaccinazioni come alcuni fanno". Una consapevolezza di entrambi gli attori in gioco è essenziale. È su questa strada che ha preso il via la campagna nazionale *#lavaccinazione non ha età*, promossa dall'Associazione IncontraDonna Onlus. Lo scopo è quello di informare correttamente e sensibilizzare la popolazione sull'importanza e sull'utilità delle vaccinazioni in tutte le fasi della vita promuovendo, grazie al sostegno del Ministero della Salute, dell'Iss (Istituto Superiore di Sanità) e di Farmindustria, il ricorso all'immunizzazione come atto d'amore verso se stessi e gli altri; anche alla luce del fatto che, secondo l'Oms, in questo modo si possono salvare fino a 2,5 milioni di vite l'anno nel mondo.

## ► La resistenza

Ma se la voce di Rossi, critico nell'accettazione di un atteggiamento sanzionatorio necessario, rappresenta l'ala che possiamo definire

“moderata” dei critici della posizione FNOMCeO, la voce grossa viene dalla società civile e dalle associazioni che la rappresentano. Il Codacons in primis in merito alle sanzioni parla di ritorno ai tempi bui dell’inquisizione: “non è certo tornando al Medioevo che si apporterà un contributo utile e costruttivo al dibattito sui vaccini - spiega il presidente **Carlo Rienzi** -; genera orrore in un paese civile la sola idea che i medici possano essere puniti se esprimono una opinione critica su un tema controverso come i vaccini. Per tale motivo annunciamo una battaglia contro la Federazione, e siamo pronti ad avviare ricorsi in ogni sede per annullare qualsiasi provvedimento disciplinare contro i medici”. E nel frattempo c’è chi lancia petizioni su Change.org. appellandosi al ministro della Salute Beatrice Lorenzin e alle giunte regionali dell’Emilia Romagna, della Toscana, della Lombardia e della Sicilia per fermare l’approvazione del disegno di legge che impone ai bambini la vaccinazione per poter usufruire del servizio di asilo nido pubblico.

“È in atto una campagna diffamatoria verso i medici, le associazioni e i singoli cittadini che hanno un atteggiamento critico verso le vaccinazioni”, si legge nel testo della petizione, lanciata dal Coordinamento del movimento italiano per la libertà delle vaccinazioni (Comilva). “Questa campagna tende a minare il diritto fondamentale all’accoglienza dei bambini nei servizi educativi della prima infanzia: alcune regioni si sono mosse in questo senso con disegni di legge che, senza alcun motivo reale, vorrebbero escludere i bambini non vaccinati dagli asili nido”, continua l’appello. I firmatari parlano di “esclusione sociale di coloro che intendono fare in questo campo una scelta informata e consapevole” e

di “diritto legale di esercitare la libertà di coscienza nella scelta delle terapie mediche”.

► **I dati**

Secondo l’Oms, come detto, le vaccinazioni salvano 2,5 milioni e mezzo di vite l’anno nel mondo. Tuttavia, i dati recenti diffusi in Italia dal Ministero della Salute, dicono che le coperture vaccinali a 24 mesi, per il 2015, confermano un andamento in calo quasi dappertutto, ad eccezione delle vaccinazioni contro pneumococco e meningococco. L’allarme riguarda un calo progressivo che porta al “rischio di focolai epidemici di grosse dimensioni per malattie attualmente sotto controllo, e addirittura ricomparsa di malattie non più circolanti nel nostro Paese”.

Nel 2015 la copertura vaccinale media per le vaccinazioni contro polio, tetano, difterite, epatite B, pertosse e Hiv è stata del 93.4%. Solo 6 regioni superano la soglia del 95% per la vaccinazione anti-polio, mentre 11 sono sotto il 94%. I dati su morbillo e rosolia dicono che c’è stata una flessione della copertura vaccinale di cinque punti dal 2013 al 2015, dal 90.4% all’85.3%, e questo incrina la credibilità internazionale del nostro Paese che, impegnato dal 2003 in un Piano globale di eliminazione dell’Oms, rischia di farlo fallire in quanto il presupposto per dichiarare l’eliminazione di una malattia infettiva da una regione dell’Oms è che tutti i Paesi membri siano dichiarati “liberi”.

► **Allarme morbillo**

Proprio sui dati relativi al morbillo si sofferma la lettera scritta dal presidente dell’Istituto Superiore di Sanità **Walter Ricciardi** al Procuratore della Repubblica Giuseppe Pignato-

ne. Dopo aver analizzato l’andamento dei dati del morbillo in Italia, scrive Ricciardi: “dopo le prese di posizione decise di tutte le Società Scientifiche italiane, della Federazione di tutti gli Ordini dei Medici, di tutti i cittadini onesti e informati (alcuni purtroppo solo dopo aver pagato molto caro i consigli dati da cattivi consiglieri) e di tutte le più importanti istituzioni governative e parlamentari, è importante avere anche la magistratura al fianco dei medici e degli scienziati per contrastare chi per diversi e spesso turpi motivi abusa della credulità popolare, esponendola a rischi gravissimi per sé e per le persone care, spesso bambini ed anziani, non in grado di decidere da soli e che stanno pagando, ammalandosi o in alcuni casi perdendo la vita, le scelte sciagurate di chi è disinformato o in alcuni casi letteralmente esortato a fare scelte sbagliate”. Non manca, in merito, la risposta pronta del Codacons, per il quale si tratterebbe di “un attacco alla libertà della magistratura e alla sacrosanta neutralità che deve essere garantita dalla giustizia italiana”. La chiosa amara di Rossi raffigura forse meglio di ogni parola la situazione che stiamo vivendo: “La pluralità delle informazioni in cui vive la nostra società, e nella quale spesso ci si scorda che anche medici vivono, porta a quella che definisco la morte per troppa informazione. Anche questa è una patologia per la quale soffriamo sempre di più”.



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

# Meno della metà dei medici è in regola con i crediti Ecm

È quanto si evidenzia dai dati di uno studio dell'Osservatorio Internazionale della Salute secondo cui, all'inizio di settembre 2016, gli obiettivi annuali di formazione e di aggiornamento attraverso il sistema dei crediti sono stati raggiunti solo dal 56% dei medici italiani. Quelli triennali, a pochi mesi dalla fine dell'anno, sono stati conseguiti da meno della metà dei professionisti (47%)

L'Osservatorio Internazionale della Salute (Ois) ha intervistato un campione rappresentativo di circa 3.000 medici italiani, per conoscere la loro posizione rispetto all'obbligo formativo, la loro valutazione circa la qualità della formazione ricevuta e la loro opinione in merito all'importanza dell'aggiornamento per la propria vita professionale. Secondo i dati raccolti risulta che all'inizio di settembre 2016 gli obiettivi annuali di formazione e di aggiornamento dei medici, attraverso il sistema dei crediti, sono stati raggiunti solo dal 56% dei medici italiani. Quelli triennali, a pochi mesi dalla fine dell'anno, sono stati conseguiti da meno della metà dei professionisti (47.1%). Sono i medici più giovani e quelli a fine carriera a mostrarsi meno diligenti, mentre tra gli infettivologi, i medici di medicina generale e i pediatri si registrano i tassi più alti di compliance. I dati denotano tra i medici una evidente disaffezione nei confronti della formazione obbligatoria.

## ► FAD in pole position

Il tipo di corso preferito dai camici bianchi è la Formazione a Distanza (FAD), prediletta dal 48% degli intervistati, a discapito di un 39%

che preferisce i corsi residenziali e un esiguo 9% che si dice più interessato alla formazione sul campo. La FAD risulta essere particolarmente prediletta dai giovani camici bianchi, ma i *provider* che forniscono questo tipo di corsi sono apprezzati da tutte le generazioni di medici: il 59% degli intervistati ritiene infatti di aver ricevuto una formazione molto buona o ottima da parte di questo tipo di provider.

## ► Una questione di qualità

A fare la differenza è sicuramente la qualità sia se viene scelta la formazione a distanza o vengano preferiti i corsi residenziali. È infatti la qualità dei servizi che orienta i medici italiani verso le proposte dei *provider* privati. I giudizi che emergono dalle risposte sulla performance del settore pubblico sono infatti piuttosto severi. Quasi il 73% dei medici non ritiene soddisfacenti i metodi previsti per acquisire crediti Ecm offerti dagli Enti preposti al controllo dell'obbligo formativo. La stessa percentuale di scontento si raggiunge anche a proposito dell'accesso ai dati relativi alla loro formazione.

## ► Il campione

L'indagine si è svolta nella prima settimana di settembre 2016 ed è stata realizzata tramite questionario online auto compilato. Le interviste raccolte sono 2.833, delle quali 1.350 nelle regioni del Nord, 609 in quelle del Centro e 874 nelle regioni del Sud. Hanno risposto validamente al questionario 1.602 uomini e 1.231 donne. Il 14.3% degli intervistati ha meno di 45 anni, il 25.3% tra i 46 e i 55 anni, il 49.9% tra i 56 e i 65 anni e il 10.4% oltre 65 anni.

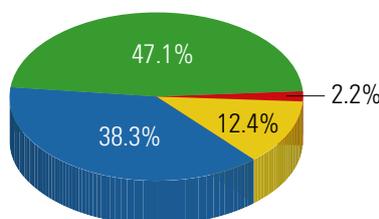
### Gli obiettivi triennali sono ancora lontani per molti camici bianchi

#### Domanda questionario

Qual è la Sua situazione in merito al conseguimento dei 150 crediti ECM richi nel triennio formativo in scadenza al 31 dicembre 2016

#### Risultati

- Ha conseguito tutti i 150 crediti
- Ha conseguito tra 50 e 100 crediti
- Ha conseguito meno di 50 crediti
- Non ha conseguito alcun credito



# Psicologia medica, un'attitudine per la Medicina Generale

È proprio nell'ambito lavorativo del Mmg che osserviamo tutte quelle dinamiche relazionali così mirabilmente descritte dai pionieri di questa branca della psicologia. Esercitare il ruolo di counsellor e svolgere un sostegno psicologico nell'ambito della sfera psicosomatica, nelle malattie croniche e terminali, nei disturbi psichiatrici minori, può essere un'occasione di recupero di dignità professionale per il nostro lavoro

**Emanuele Zacchetti**

*Medico di famiglia psicoterapeuta specialista in neurofisiologia clinica Borgosesia (VC)*

La Medicina di Famiglia si trova ad una svolta epocale dove si delineano scenari oscuri ed ambigui su quello che sarà il suo ruolo nel futuro della sanità italiana. Sicuramente dovrà essere modificata la sua organizzazione passando da un lavoro "solitario" ad un lavoro di "gruppo", anche se questa prospettiva non viene ancora vista positivamente da molti colleghi.

La formazione dovrà modificarsi assumendo le caratteristiche di una formazione universitaria equiparata a tutte le altre: l'insegnamento, la ricerca, la formazione del futuro Mmg si dovrebbero svolgere in un ambito di insegnamento specifico svolto sia sul territorio, collaborando con i medici di famiglia nell'attività in ambulatorio, sia all'interno di una formazione specifica universitaria, quindi il corso triennale attualmente in funzione, non sembrerebbe però adeguato a questa eventualità.

Leggendo le osservazioni di molti colleghi non posso che condividere i dubbi, le delusioni, la rabbia di aver visto la propria professione trasformarsi e scivolare verso un ruolo che non compete più al medico, ma al

burocrate, all'assistente sociale, svilito da norme e note che tendono a punire e limitare l'operato del medico.

## ► Uno spazio di speranza

Ma nel mezzo di questa situazione, che sicuramente porta allo scoraggiamento e alla delusione, e in alcuni casi al pericoloso fenomeno del *burn out*, vorrei delineare uno spazio di speranza che nasce dalla possibilità di sviluppare alcune competenze che sono proprie del medico di famiglia, che si collocano sia nella pratica clinica quotidiana, sia nell'ambito della ricerca. Collaborando a scrivere un testo di Psicologia medica, con colleghi psicologi e medici, ci siamo chiesti quale possa essere la figura principale a cui compete maggiormente questa branca della moderna psicologia e siamo giunti alla conclusione che coincida proprio con il medico di famiglia.

La psicologia medica nasce intorno agli anni sessanta del secolo scorso dalle idee di alcuni geniali psichiatri come P.B. Schneider e M. Balint che in due fondamentali volumi, "Psicologia medica" e "Medico, paziente e malattia" hanno delineato

la difficile relazione che si instaura in ogni processo di cura, di come il medico venga a sentirsi bloccato in situazioni dove il paziente utilizza schemi comunicativi confusi, meccanismi di difesa o spunti aggressivi che rendono la relazione medico-paziente problematica.

Se la psicologia medica si è sviluppata nell'ambito della psichiatria e della psicologia clinica sono in particolare i medici di famiglia quelli che possono maggiormente incrementare ed utilizzare i concetti e gli insegnamenti che derivano da questa branca della psicologia moderna.

La psicologia medica si occupa di analizzare i modi in cui le persone reagiscono alle malattie e la percepiscono, quali meccanismi di difesa utilizzano quando la malattia diventa grave e crea preoccupazioni per il futuro, modifica la relazione con gli altri membri della famiglia. Le aspettative che le società più avanzate hanno creato in campo medico sono cresciute a dismisura, si è creata l'illusione che ogni persona potesse superare i novant'anni ancora in discrete condizioni e che molte morti precoci fossero dovute ad errore dei medici,

non alla complessità dovuta a svariati fattori dove l'occasionalità, lo stile di vita, l'assetto genetico, si rivelano fondamentali nel determinare la qualità e la durata della vita stessa.

### ► **Crescita e gestione della conflittualità**

La rivalsa contro il medico si realizza nei casi più estremi con la denuncia nei suoi confronti ritenendolo colpevole di grave errore, ma si attiva più frequentemente attraverso quelle conflittualità espresse, in modo diretto o indiretto, anche attraverso il meccanismo della revoca, che tendono a colpevolizzare il medico per errori spesso non legati alle sue responsabilità, ma a quella complessità dei fattori evidenziati in precedenza, che il paziente spesso non considera e che portano alla malattia e alla morte. Ogni medico tende a sua volta a sviluppare inconsciamente meccanismi di difesa che tendono a proteggerlo da reazioni di tipo ansioso o depressivo, nel tempo possono portarlo in situazioni difficili ed evolvere nella pericolosa sindrome del *burn out*. Un eccessivo distacco o cinismo, o al contrario un eccessivo coinvolgimento sviluppando il ruolo del buon amico che non riesce più a definire la sua funzione di curante, sono due dei modi in cui il Mmg più frequentemente può scivolare sia per sue peculiarità caratteriali, sia per attenuare il disagio derivante dalla relazione con i pazienti più difficili. Alcuni medici posseggono un buon equilibrio naturale che permette loro di adattarsi alle difficili condizioni in cui si struttura la moderna relazione medico-paziente, per altri questo processo è molto difficile da realizzare e tende a sfociare in momenti di alta conflittualità. Il medico del nuovo millennio diventa sempre più in-

definibile. Siamo medici della complessità, con nuove funzioni che in precedenza non erano presenti nel nostro ruolo, e nello stesso tempo dobbiamo far fronte alla perdita di molte certezze che erano punti fermi per medici di generazioni precedenti. Il medico di famiglia in particolare diventa sempre più consigliere, assistente sociale, psicologo, confessore nei confronti di pazienti dove i problemi derivanti dalla disoccupazione, dall'uso sconsigliato dell'informatica, dalla solitudine, da problemi economici, da disturbi depressivi e d'ansia, da dipendenze di ogni tipo, si fondono con le patologie organiche più frequenti creando uno sfondo di dolore che frequentemente non ha una vera soluzione.

### ► **Un ambito di ricerca affascinante**

Per questa nuova figura di medico, sviluppare le idee, gli insegnamenti che si sono evoluti nell'ambito della psicologia medica può essere un'occasione per acquisire maggiore consapevolezza, di adattarsi a nuovi contesti e problematiche che presentano i pazienti del nostro tempo. La psicologia medica può diventare una competenza specifica del medico di famiglia, un ambito di ricerca affascinante dove si fondono vari ambiti di conoscenza, ma è proprio nel nostro settore di lavoro che osserviamo tutte quelle dinamiche relazionali così mirabilmente descritte dai pionieri di questa branca della psicologia. Diventerà importante per il medico di famiglia recuperare ruoli che possano ridare dignità al suo lavoro e farlo uscire da quella visione pessimistica di questi ultimi anni, dove la burocrazia sembra essere l'elemento dominante. I medici, specialmente i medici di famiglia, dovrebbe-

ro disporre di una sufficiente comprensione della propria personalità nonché dei problemi emotivi suscitati dal contatto del paziente. La psicologia medica non si propone di trasformare il medico curante in psicoterapeuta, bensì di insegnarli a condurre nel modo più efficace possibile il rapporto medico-paziente, cioè il rapporto terapeutico. Molta dell'attività quotidiana di un medico di famiglia si muove all'interno di una cornice di "disagio psichico" che passa attraverso il corpo e complica i processi naturali dell'invecchiamento, delle malattie organiche più comuni o più rare, della solitudine, della paura della morte. Riprendere con impegno e con una preparazione più adeguata questo ruolo, che tradizionalmente ci compete, vuol dire ridare una dignità maggiore al nostro lavoro ed entrare in uno spazio di ricerca personale e professionale che non può che arricchirci come persone e ridare un senso di speranza al nostro futuro. La ricerca in psicologia medica ha guidato i miei tre decenni di attività come medico di famiglia e mi ha permesso di non cadere in un pessimismo cronico, creando un senso profondo alla mia attività quotidiana. Esercitare il ruolo di *counselor* e svolgere un sostegno psicologico nell'ambito della sfera psicosomatica, nelle malattie croniche e terminali, nei disturbi psichiatrici minori, nei confronti dei *caregiver* dei pazienti dementi, può diventare un recupero di dignità professionale per il nostro lavoro. Spero che dei giovani colleghi possano essere coinvolti in questo settore di ricerca nell'ambito della MG e in questo modo contribuire alla riscoperta di un ruolo importante e fondamentale nell'attività di ogni medico.

**Bibliografia disponibile a richiesta**

# Campania, Molise e Veneto al top per le ricette digitali

Continua a crescere la diffusione della ricetta dematerializzata, che supera ormai il 78% del totale delle ricette a livello nazionale con picchi in Campania (90.15%), Molise (89.23%) e Veneto (89.12). È quanto emerge da una rilevazione di Promofarma, società di servizi informatici di Federfarma, relativa allo scorso mese di settembre

**S**ecundo una rilevazione di Promofarma, società di servizi informatici di Federfarma, relativa allo scorso mese di settembre continua a crescere la diffusione della ricetta dematerializzata, che supera ormai il 78% del totale delle ricette a livello nazionale con picchi in Campania (90.15%), Molise (89.23%) e Veneto (89.12%). (Figura 1).

“Le farmacie del territorio hanno creduto fin dall’inizio alla dematerializzazione delle ricette dedicando tempo e risorse alla formazione del personale e agli adeguamenti tecnologici” dichiara **Annarosa Racca**, presidente di Federfarma, esprimendo soddisfazione per il premio Agenda Digitale 2016 assegnato per questo progetto alla Ragioneria Generale dello Stato dall’Osservatorio del Politecnico di Milano. “Il premio costituisce anche una testimonianza del grande impegno profuso da Federfarma e da Promofarma per favorire l’attuazione del processo di informatizzazione in atto nel Paese, con l’obiettivo sia di semplificare la vita al cittadino, sia di aiutare lo Stato nella razionalizzazione delle risorse.”

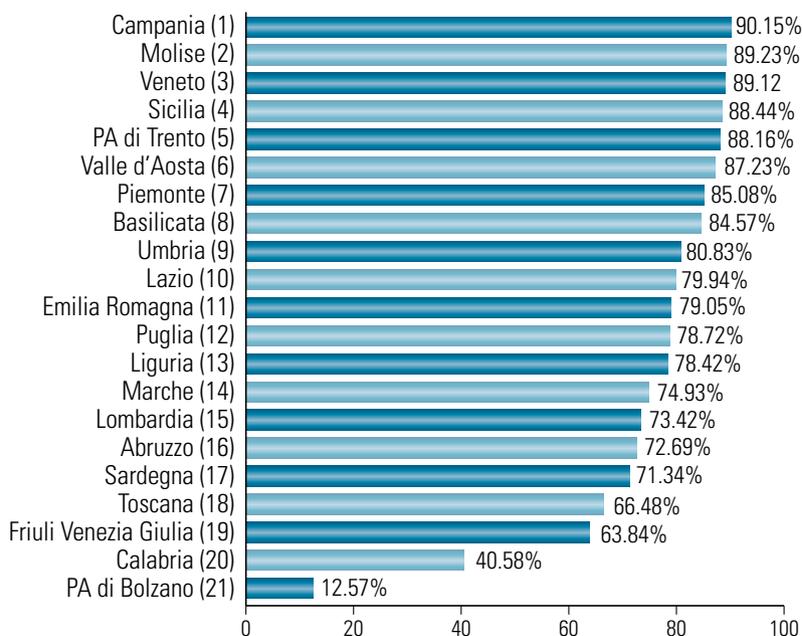
“La ricetta elettronica - continua Racca - ha consentito il potenziamento dei controlli della spesa farmaceutica in tempo reale, una importante semplificazione per i cittadi-

ni, che possono ora accedere al farmaco in ogni zona del Paese, indipendentemente dal luogo di residenza oltre che un risparmio per l’eliminazione della stampa delle ricette.” Soddisfazione anche per **Michele Di Iorio**, presidente di Federfarma Campania. “La Campania è la prima Regione a tagliare il traguardo del 90% delle ricette dematerializzate raggiungendo l’obiettivo fissato

dall’Agenda Digitale per l’Italia per quest’anno. Il risultato è stato raggiunto grazie all’impegno di tutte le farmacie del territorio su un obiettivo ritenuto particolarmente prioritario dall’Unione regionale dei titolari”. Per completare la diffusione della ricetta elettronica a livello nazionale ci vorrà ancora del tempo, anche perché le Regioni sono partite in ordine sparso e in tempi diversi.

Figura 1

## Classifica della diffusione delle ricette dematerializzate in Italia



# AGGIORNAMENTI



## ■ DERMATOLOGIA

*Facilitare il percorso diagnostico dell'idrosadenite suppurativa*

## ■ EMATOLOGIA

*Policitemia vera: progressi diagnostici e terapeutici*

## ■ ONCOLOGIA

*Interventismo ancora eccessivo per il tumore della prostata*

## ■ REUMATOLOGIA

*Osteoporosi: nuovo algoritmo per terapie appropriate*

## ■ PATOLOGIA TROMBOTICA

*Rischio emorragico negli anziani in terapia con NAO*

## ■ UROLOGIA

*Dolore pelvico cronico e risvolti reumo-immunologici*

## ■ DERMATOLOGIA

### Facilitare il percorso diagnostico dell'idrosadenite suppurativa

**U**n impatto drammatico sulla qualità di vita dei pazienti: è la principale caratteristica dell'idrosadenite suppurativa, malattia cutanea infiammatoria cronica, nota anche con l'acronimo HS - *Hidradenitis Suppurativa*. Malattia che spesso non è correttamente diagnosticata, anche per le sue caratteristiche che entrano in diagnosi differenziale con altre patologie (piodermiti, foruncolosi, fistole sacro-coccigee, ecc). Non di rado sono necessari anni prima che i pazienti abbiano una diagnosi, perché si tratta di una malattia fino a poco tempo fa poco conosciuta e meno frequente rispetto a oggi.

“È importante sensibilizzare i colleghi su questa invalidante patologia, perché la diagnosi è prettamente clinica e si basa sull'osservazione dei noduli infiammatori, che si ripresentano periodicamente e che drenano materiale purulento. La diagnosi può essere confermata dall'ecografia cutanea”. È quanto suggerisce **Giuseppe Monfrecola**, Direttore della Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia, Università degli Studi di Napoli Federico II, che ha illustrato a *M.D.* le caratteristiche della patologia.

“I Mmg possono fare molto per faci-

litare il percorso diagnostico di questi pazienti, focalizzando l'attenzione su questa “rara” patologia il cui approccio è certamente multidisciplinare”.

#### ► **Approfondimento**

L'idrosadenite suppurativa colpisce entrambi i sessi con particolare frequenza fra l'adolescenza e l'età adulta, anche se sono stati riportati casi nell'infanzia. Si stima interessi circa l'1% della popolazione adulta in tutto il mondo. Pur manifestandosi a livello cutaneo, è una malattia infiammatoria dovuta ad alterazioni del sistema immunitario. Non si conosce l'eziologia, ma si ritiene che anomalie immunologiche o strutturali del follicolo pilifero giochino un ruolo determinante nella sua insorgenza.

È caratterizzata dall'insorgenza di dolorosi noduli infiammatori sottocutanei tendenti a formare ascessi che si aprono sulla superficie corporea, lasciando fuoriuscire una secrezione purulenta e maleodorante (*figura 1*). Spesso si possono avere tragitti fistolosi, superficiali o profondi, e formazione di cicatrici rilevate e retraenti. Le sedi tipiche sono: ascelle, inguine, area genitale-perineale e perianale; regione mammaria (donna) e glutei (uomini).

L'idrosadenite viene classificata in base all'entità dei segni e sintomi. La malattia predilige individui sovrappeso od obesi e i fumatori, si associa ad altre malattie infiammatorie intestinali o articolari e alla sindrome metabolica.

La terapia può essere medica e/o fisico-chirurgica e va scelta in base alla gravità/estensione dell'idrosadenite, alla tipologia delle lesioni e all'evoluzione nonché all'età del paziente. La terapia medica si avvale di farmaci topici e sistemici tradizionali (antibiotici, corticosteroidi, retinoidi), ma spesso, specie nelle forme gravi o avanzate, i risultati sono parziali e transitori. In tali casi e in pazienti selezionati si può considerare l'uso di farmaci biologici.

**Figura 1**

#### **Caso di entità moderata**



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Giuseppe Monfrecola

## EMATOLOGIA

### Policitemia vera: progressi diagnostici e terapeutici

In seguito alla scoperta della mutazione del gene JAK2 (V617F), un marcatore di clonalità, la policitemia vera è classificata tra le neoplasie ematologiche mieloidi dal 2008. Questa osservazione è stata anche occasione per rivedere i primi criteri diagnostici, introducendo il rilevamento di tale mutazione come uno degli elementi cruciali. Da allora sono stati fatti alcuni progressi nella conoscenza di questa patologia, ma importanti novità stanno riguardando la terapia, aprendo aspettative nei confronti di alcune categorie di pazienti per cui gli attuali approcci sono insoddisfacenti. Una panoramica su questa patologia viene illustrata ad *M.D.* da **Tiziano Barbui**, prof. di Ematologia e Direttore Scientifico Fondazione per la Ricerca, Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

#### ► Aggiornamento dei criteri diagnostici

Nel 2016 sono stati pubblicati i criteri diagnostici rivisti dall'OMS. Le novità riguardano sostanzialmente due aspetti: sono stati abbassati i valori di emoglobina ed è stato introdotto il valore dell'ematokrito

(>49% negli uomini, >48% nelle donne), è stata introdotta la biopsia osteo-midollare come uno dei criteri diagnostici maggiori.

Si tratta di una patologia cronica, il cui decorso è costellato soprattutto da eventi di tipo vascolare, prevalentemente trombotici. Accanto a ciò, una problematica importante è rappresentata dalla progressione della malattia verso una forma di mielofibrosi post-policitemica (10-15% dei casi).

Alcuni riescono a convivere in maniera sostanzialmente normale con la propria patologia, mentre in altri casi la situazione diventa invalidante, per la presenza di splenomegalia, con disturbi da compressione a livello addominale, e sintomi sistemici (perdita di peso, sudorazioni notturne profuse, astenia e prurito).

#### ► Approcci terapeutici, tra il vecchio e il nuovo

Le linee guida dell'European Leukemia Net (2011) sul trattamento di questa patologia sottolineano come il primo atteggiamento debba essere quello di definire il rischio cardiovascolare. Per i soggetti considerati a basso rischio è previsto il

trattamento con salassi e ASA, mentre nei pazienti ad alto rischio CV è invece mandatorio aggiungere anche una terapia citoriduttiva.

Purtroppo la terapia citoriduttiva standard, suggerita dalla European Leukemia Net, l'oncocarbide (idrossiurea), non sempre riesce a correggere i valori ematici e c'è una frazione di pazienti che la deve sospendere, sia perché non risponde sia per intolleranza al farmaco. Recenti dati sembrano suggerire che un farmaco JAK inibitore, approvato dall'FDA e dall'EMA, ruxolitinib, abbia dei vantaggi in questa frazione di pazienti resistenti o intolleranti all'idrossiurea.

I dati provenienti dagli studi RESPONSE e RESPONSE 2, che hanno analizzato questa coorte di malati rispettivamente con e senza splenomegalia, sostengono che ruxolitinib è meglio della miglior terapia disponibile nella riduzione dell'ematokrito, della splenomegalia (RESPONSE) e dell'ematokrito e dei salassi (RESPONSE 2).

Ruxolitinib ha dimostrato inoltre di essere un farmaco sicuro in entrambi gli studi. Ulteriori dati a lungo termine sapranno confermare se i benefici si realizzano anche nella prevenzione della trombosi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Tiziano Barbui

## ■ ONCOLOGIA

### Interventismo ancora eccessivo per il tumore della prostata

**S**empre più diagnosi di tumore della prostata, calo di mortalità, ma al contempo un possibile *overtreatment* dei pazienti a basso rischio e sotto-trattamento dei pazienti più anziani.

Sono i dati positivi e le criticità emerse dal primo studio italiano di popolazione realizzato dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano in collaborazione con l'Associazione Italiana Registri Tumori.

Nello studio osservazionale retrospettivo di popolazione (4635 casi) sono stati messi a confronto due periodi di tempo (1996-1999 e 2005-2007). Dai risultati è emerso un aumento dei pazienti che arrivano alla diagnosi con tumore della prostata in classe di rischio bassa (16% vs 34%), una riduzione di quelli diagnosticati in classe di rischio alta o metastatica (16% vs 7%) e un miglioramento complessivo della sopravvivenza nei gruppi ad alto rischio. Diagnosi precoce e miglioramento dell'approccio terapeutico sono gli elementi che hanno contribuito a determinare il trend positivo. La fotografia tuttavia mostra un diverso approccio di cura a seconda della fascia di età: più interventi invasivi per gli uomini <75 anni, con incremento della prostatectomia

radicale ma non della radioterapia, e più rari gli interventi con finalità curative nei pazienti >75 anni.

#### ► Il commento

“Grazie all'anticipazione diagnostica, negli anni si è verificato un calo della mortalità. Questo ci permette di avere meno casi di diagnosi in fase di tumore aggressivo - spiega **Riccardo Valdagni**, Direttore Struttura Radioterapia Oncologica 1 e Direttore Programma Prostata Istituto Nazionale Tumori di Milano. I dati però ci mostrano anche un 'rovescio della medaglia', e cioè il sospetto che non manchino casi di trattamenti eccessivi e troppo radicali, spesso non necessari: effettuando diagnosi su molti pazienti, infatti, occorre utilizzare particolari cautele nei casi in cui il tumore sia poco aggressivo. In determinate situazioni cliniche non è necessario intervenire subito in modo radicale (chirurgia, radioterapia esterna, brachiterapia), ma è consigliabile sottoporre il paziente a sorveglianza attiva, cioè a un percorso di monitoraggio del tumore definito a rischio di progressione basso e molto basso. Ciò consentirebbe di limitare i casi di *overtreatment* dei tumori indolenti, e

quindi gli effetti collaterali delle terapie, riuscendo a garantire al paziente una migliore qualità di vita”.

#### ► Sorveglianza attiva

Lo studio infatti mostra che nel periodo 2005-2007, quando l'idea di un modello di presa in carico multidisciplinare non era ancora diffuso, mentre era già diffuso il test del Psa, si è assistito a un aumento delle diagnosi di tumori a basso rischio, ma non a una corrispondente riduzione dei trattamenti invasivi o radicali. L'opzione della sorveglianza attiva, l'alternativa al sovra-trattamento, non era ancora disponibile.

“Oggi è riconosciuto che la multidisciplinarietà del team che prende in carico il paziente e la sorveglianza attiva sono le strategie più efficaci, perché il monitoraggio e l'attesa richiedono professionalità specifiche, e sono la sola strada che può consentire di trattare al meglio le situazioni di rischio ridotto, con evidente vantaggio per i pazienti”, conclude Valdagni.

#### Bibliografia

- Trama A et al. Prostate cancer changes in clinical presentation and treatments in two decades: an Italian population - based study. *EJ Cancer* 2016; 67: 91-98.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Riccardo Valdagni

## ■ REUMATOLOGIA

### Osteoporosi: nuovo algoritmo per terapie appropriate

**L**e valutazioni del rischio di osteoporosi e dell'opportunità di un trattamento farmacologico sono complesse e importanti quanto la scelta del trattamento più efficace e appropriato. L'ultimo rapporto OsMed ha segnalato infatti che molti pazienti ad alto rischio di frattura non sono trattati o lo sono in modo inappropriato; inoltre l'aderenza terapeutica del paziente è spesso insufficiente.

È su queste basi che Aifa, in collaborazione con la Società Italiana di Reumatologia (SIR) e la Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS), ha sviluppato un algoritmo decisionale per favorire la razionalizzazione e l'appropriatezza della terapia anti-osteoporotica, disponibile sul portale dell'Agenzia. L'obiettivo è quello di suggerire, alla luce delle evidenze scientifiche ad oggi disponibili, l'impiego clinico appropriato dei farmaci secondo i criteri di rimborsabilità di Aifa, allo scopo di massimizzare il beneficio clinico per i pazienti.

L'algoritmo consente una rapida valutazione del rischio di frattura, l'identificazione dell'opportunità o meno di un trattamento farmacologico, del farmaco più indicato e delle compe-

tenze prescrittive (Mmg o specialista), secondo i criteri della nota 79.

#### ► Prevenzione

Nell'algoritmo viene indicato anche un percorso di prevenzione in cui si sottolinea che prima di avviare la terapia sono raccomandati provvedimenti non farmacologici (adeguato apporto di calcio e vitamina D, attività fisica) e l'eliminazione di fattori di rischio modificabili (fumo, rischi ambientali di cadute) che non hanno controindicazioni.

Prima di avviare un trattamento farmacologico dell'osteoporosi vanno inoltre praticati gli accertamenti appropriati di diagnostica differenziale ed escluse eventuali forme secondarie, che potrebbero beneficiare della sola rimozione della causa primitiva. In prevenzione primaria, cioè prima del manifestarsi di una complicanza fratturativa osteoporotica nelle donne post-menopausali e nei maschi di età  $\geq 50$  anni la definizione di una soglia di intervento è complicata dall'interazione di più fattori di rischio, non solo densitometrici, oltre che dalla minor documentazione di efficacia dei farmaci disponibili. Sarebbe opportuno che tutti questi fattori siano accuratamente

valutati prima di intraprendere o meno un trattamento.

#### ► Trattamento

La nota 79 prevede il trattamento farmacologico a carico del Ssn per pazienti con rischio di frattura sufficientemente elevato da rendere il Number Needed to Treat per prevenire un evento fratturativo ragionevolmente accettabile e giustificare gli inevitabili rischi connessi a trattamenti di lungo termine. La valutazione del rischio di frattura e quindi la definizione di una soglia di intervento sono complicate dall'interagire di più fattori di rischio per frattura, oltre che dal diverso profilo di efficacia, di aderenza e di sicurezza e dal diverso costo dei farmaci disponibili.

Nell'algoritmo viene evidenziato che l'efficacia anti-fratturativa dei farmaci è stata prevalentemente dimostrata in pazienti con una storia pregressa di frattura, soprattutto se vertebrale o femorale, e/o riduzione della densità ossea valutata mediante DXA. Per tali motivi appare prima di tutto giustificato il trattamento in prevenzione secondaria di soggetti con pregresse fratture vertebrali o femorali e soggetti con fratture non vertebrali o femorali con dimostrata riduzione della densità ossea. All'interno di questa categoria risultano a rischio estremamente alto soggetti con fratture multiple, soggetti in cui la frattura si associa a una riduzione marcata della densità ossea o a terapia cortisonica, o soggetti con nuove fratture vertebrali o femorali dopo un congruo periodo di terapia con altri farmaci.

## ■ PATOLOGIA TROMBOTICA

### Rischio emorragico negli anziani in terapia con NAO

La disponibilità in pratica clinica dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) è un'importante innovazione nella prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV). Tra questa nuova classe di farmaci, dabigatran, inibitore diretto della trombina, disponibile da oltre sei anni e approvato in molti Paesi, vanta un'esperienza clinica su oltre 6 milioni di anni/pazienti. Inoltre è una molecola che, oltre ai dati emersi dagli studi, annovera diverse pubblicazioni di real life, che confermano i dati di sicurezza ottenuti nei trial. Tra queste è recente la pubblicazione di una vasta analisi indipendente dei dati dell'assicurazione statunitense Medica-

re, che rileva un minor rischio di sanguinamenti maggiori con dabigatran rispetto a rivaroxaban nella prevenzione dell'ictus, in pazienti con FANV.

#### ► Studio indipendente

Lo studio retrospettivo (novembre 2011 - giugno 2014) di Graham et al.<sup>1</sup> ha valutato il rischio di ictus tromboembolico, sanguinamenti intracranici, sanguinamenti maggiori extracranici, inclusi sanguinamenti gastrointestinali e mortalità in 118.891 pazienti con età >65 anni con fibrillazione atriale non valvolare, naïve al trattamento con dabigatran o rivaroxaban, coperti dal programma di assistenza sanitaria Medicare. Altre caratteristi-

che dei pazienti erano: età >85 anni nel 10%, stessa percentuale per soggetti con compromissione renale; il 35% era ad elevato rischio emorragico (HAS-BLED score >3) e il 15% circa a rischio di caduta. L'analisi retrospettiva di coorte di pazienti naïve ha compreso in totale 52.240 pazienti in terapia con dabigatran (150 mg 2/die) e 66.651 pazienti in terapia con rivaroxaban (20 mg 1/die).

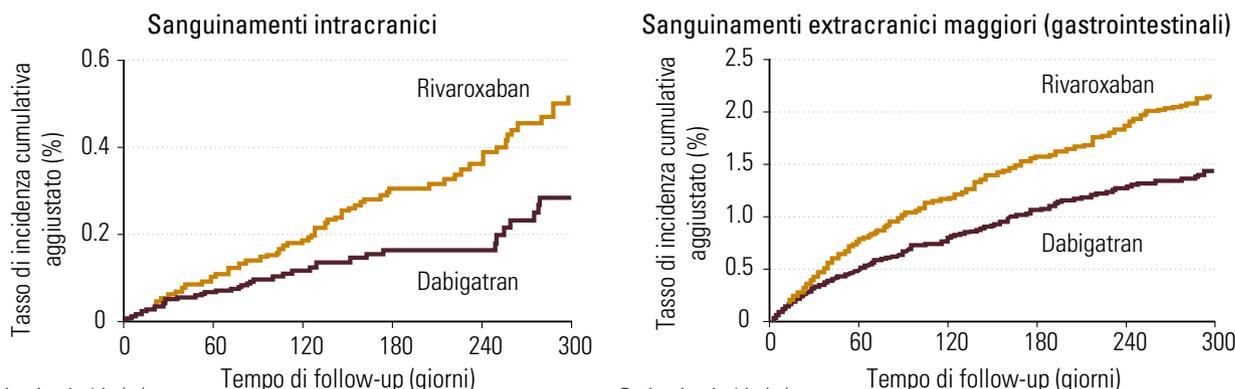
#### ► Risultati

Il trattamento con rivaroxaban 20 mg 1/die rispetto a dabigatran 150 mg 2/die è risultato associato a (figura 1):

- riduzione non statisticamente significativa di rischio di ictus tromboembolico (HR, 0.81; 95%CI, 0.65-1.01; p=0.07);
- incremento statisticamente significativo di sanguinamenti intracranici (ICH: HR, 1.65; 95%CI, 1.20-2.26; p=0.002);
- incremento statisticamente significativo di sanguinamenti extracranici maggiori (HR, 1.48; 95%CI, 1.32-1.67; p<0.001), inclusi i sanguinamenti gastrointestinali (HR, 1.40; 95%CI, 1.23-1.59; p<0.001);

Figura 1

#### Rischio di sanguinamenti intracranici ed extracranici maggiori (gastrointestinali)<sup>1</sup>



Pazienti a rischio (n.)	0	60	120	180	240	300
Dabigatran	52.264	26.729	13.355	9.236	6.156	4.384
Rivaroxaban	66.630	35.707	19.527	12.947	8.511	5.753

Pazienti a rischio (n.)	0	60	120	180	240	300
Dabigatran	52.264	26.729	13.355	9.236	6.156	4.384
Rivaroxaban	66.630	35.707	19.527	12.947	8.511	5.753

- incremento non statisticamente significativo della mortalità (HR, 1.15; 95% CI, 1.00-1.32;  $p=0.051$ ).

Al contrario, nei pazienti di età >75 anni o con punteggio CHADS2 >2, l'uso di rivaroxaban è risultato associato ad un modesto ma significativo aumento della mortalità rispetto a dabigatran.

Gli autori dell'analisi commentano che nel 2014, negli USA l'utilizzo di rivaroxaban era 2 o 3 volte superiore a quello di dabigatran, a causa di una erronea percezione del rischio di sanguinamenti associata a dabigatran. Tuttavia, l'analisi dei dati dimostra che è rivaroxaban ad essere associato ad un rischio più alto di sanguinamenti rispetto a dabigatran; questa conclusione è confermata anche da altri studi di real life relativi ai NAO.

## ► Conclusioni

In questo confronto diretto di pazienti con FANV trattati con dabigatran o rivaroxaban, l'uso di rivaroxaban è stato associato con aumenti statisticamente significativi del rischio di emorragia intracranica e sanguinamento maggiore extracranico, tra cui sanguinamento gastrointestinale, e possibilmente con un aumento della mortalità in pazienti più anziani o quelli con più elevato rischio di base di ictus.

Nell'editoriale di JAMA<sup>2</sup>, Anna Parks e Rita Redberg, commentano: "Questo studio presenta dati che emergono dal mondo reale, inoltre su pazienti anziani, che costituiscono la gran parte della popolazione con FA. Queste informazio-

ni aggiuntive devono portare a preferire dabigatran piuttosto che rivaroxaban, per i pazienti con fibrillazione atriale".

Un ulteriore elemento di sicurezza, da non dimenticare o sottovalutare, è che ad oggi dabigatran è l'unico anticoagulante orale non-antagonista della vitamina K per cui esista un farmaco approvato (idarucizumab), per le situazioni d'emergenza in cui è necessario inattivare immediatamente l'effetto anticoagulante.

## Bibliografia

1. Graham DJ et al. Stroke, bleeding, and mortality risks in elderly medicare beneficiaries treated with dabigatran or rivaroxaban for nonvalvular atrial fibrillation. *JAMA Intern Med* 2016; 176 (11): 1662-1671.
2. Parks AL, Redberg RF. Comparing non-vitamin K oral anticoagulants: where we are now. *JAMA Intern Med* 2016; 176 (11): 1672.

## ■ UROLOGIA

### Dolore pelvico cronico e risvolti reumo-immunologici

Una situazione clinica estremamente confondente: è il dolore pelvico cronico che presenta sintomi che incidono pesantemente sulla vescica, ma che possono richiamare qualsiasi altra patologia. Oggi però la diagnosi è resa meno difficoltosa per il bagaglio diagnostico a disposizione del clinico che nel tempo si è accresciuto, anche se l'approccio dovrebbe essere multidisciplinare. Il dolore pelvico infatti quando non ha un'ovvia origine da una lesione superficiale, proviene dagli spazi interni sottocutanei relativi al bacino e pertanto può originare dagli organi dell'apparato genitale, del basso tratto urinario o intestinale e dalle strutture neuro-muscolari, vascolari e osteoligamentose che vi sono situate (Linee guida SIU, 2011).

Storicamente la sindrome del dolore vescicale è stata considerata una malattia tipicamente femminile con un rapporto femmina-maschio di 10:1. Recenti studi tuttavia suggeriscono che l'incidenza nel maschio è oggi maggiore ed è riconducibile all'aumento delle patologie prostatiche, soprattutto prostatiti abatteriche, che possono sfociare nell'evento drammatico del dolore pelvico.

"Pur trattandosi di un fenomeno

che, se trascurato, è in grado di portare a gravi conseguenze, il dolore pelvico cronico è fonte di importanti ritardi diagnostici. I motivi si possono ritrovare sia nella multifattorialità delle cause - la pelvi accoglie non soltanto gli organi dell'apparato riproduttivo, ma anche urinario, gastroenterico, muscolo-scheletrico e nervoso - e nell'insieme di un 'percorso a ostacoli' tra gli specialisti" - afferma **Monica Sommariva**, UO Urologia e Unità Spinale dell'Ospedale G. Fornaroli di Magenta (MI).

#### ► Diagnosi di esclusione

"Il Mmg dovrebbe prestare molta attenzione al/paziente con episodi di cistite ricorrenti, stipsi latente, colon irritabile e impostare una diagnostica funzionale dell'apparato urinario e colon-rettale per valutare la situazione gastroenterologica.

La diagnosi è in genere 'da esclusione', non sempre si riesce a identificare una causa vera e propria e spesso più cause, anche di diversa competenza specialistica, interagiscono nell'insorgenza della sintomatologia dolorosa. Quando il dolore diventa cronico, si crea come un 'corto circuito' a livello delle

strutture nervose deputate alla sua elaborazione, responsabile dell'auto-mantenimento della sensazione dolorosa. Il dolore si trasforma così in vera e propria malattia, diventando un inseparabile compagno di viaggio pervasivo in tutti gli ambiti della vita: affettivo-familiare, socio-relazionale e lavorativo" - chiarisce Sommariva.

#### ► Correlazione con malattie reumatologiche

L'osservazione che in diverse situazioni possa esserci un risvolto reumo-immunologico nasce dalla pratica medica. "Non raramente troviamo maschi portatori di artrite reumatoide con disturbi vescicali, prostatite abatterica, e frequentemente donne affette da lupus, artrite reumatoide, sindrome di Sjögren, fibromialgia, ecc. Il substrato del dolore pelvico cronico potrebbe essere legato alla sfera dell'immunologia. Attualmente è disponibile un bagaglio diagnostico e terapeutico importante, ma è fondamentale che il percorso venga portato avanti in un contesto multidisciplinare che tenga in considerazione anche i risvolti immuno-reumatologici" conclude Sommariva.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare il commento di Monica Sommariva

# Approccio multidisciplinare al dolore toracico secondo il metodo clinico ragionato

## INTRODUZIONE

I sintomi toracici sono comuni e nella maggior parte dei casi sono causati da condizioni benigne. Nei casi in cui la condizione è a rischio di vita, il trattamento ha maggiori possibilità di successo se iniziato immediatamente dopo l'insorgenza dei sintomi. Molti pazienti in gravi condizioni aspettano troppo a lungo prima di richiedere assistenza e non sempre coloro che necessitano di terapia o procedure urgenti vengono identificati tempestivamente. Uno dei maggiori problemi con i sintomi toracici è che essi sono variabili e percepibili in maniera molto differente dai pazienti. L'intensità del dolore non sempre è segno di complicanze imminenti, quali l'arresto cardiaco. Pertanto vi è una evidente necessità di descrivere me-

glio le varie forme di dolore toracico che possono essere pericolose allo scopo di ridurre sia l'attuale elevata mortalità extraospedaliera da arresto cardiaco, sia di escludere rapidamente le condizioni benigne.

Il concetto di fondo è che per molti pazienti i minuti persi sono dannosi, la diagnosi precoce è cruciale e il trattamento immediato può salvare la vita.

I pazienti con una condizione potenzialmente pericolosa dovrebbero poter accedere ad un percorso rapido, una "corsia preferenziale" di diagnosi e trattamento.

È quindi evidente l'importanza di definire le procedure cliniche più idonee all'identificazione delle situazioni associate ad elevata morbilità e mortalità.

a cura di: **Pasquale De Luca**<sup>1</sup> con la collaborazione di

**Antonio De Luca**<sup>2</sup>, **Angelo Benvenuto**<sup>3</sup>, **Marco La Viola**<sup>4</sup>, **Antonio Manfrini**<sup>5</sup>, **Gaetano Serviddio**<sup>6</sup>, **Gianluigi Vendemiale**<sup>7</sup>

### ► Definizione ed eziologia

Si definisce dolore toracico qualsiasi dolore che sia localizzato anteriormente tra la base del naso e l'ombelico e posteriormente tra la nuca e la 12<sup>a</sup> vertebra, senza alcuna causa traumatica o altra causa chiaramente identificabile, spesso clinicamente drammatico ma del tutto soggettivo e poco espressivo a livello diagnostico differenziale. Sia in fase acuta che su base anamnestica rappresenta, contestualmente, la causa più frequente di consultazione del

medico ed un sintomo tra i più importanti e complessi del nostro organismo. La diagnosi è spesso difficoltosa sia perché non esiste una correlazione tra l'intensità del dolore e la gravità della patologia sottostante, sia perché molte strutture toraciche possono dare origine ad una sintomatologia dolorosa per molti aspetti simile, talvolta addirittura indistinguibile tra le diverse malattie.

La causa determinante il dolore toracico è generalmente diversa a seconda che il paziente venga visitato dal medico di medicina generale (MMG), abbia attivato il servizio per le emergenze (Centrale 118), sia stato trattato dallo staff di un'ambulanza o sia stato valutato in un dipartimento di emergenza (DEA).

La distribuzione delle eziologie in relazione ai quattro scenari è riportata nella *tabella 1*. Non sorprende che il dolore toracico di origine cardiaca sia visto meno frequentemente dal medico di

famiglia (20%), mentre sono comuni i disordini di tipo muscolo-scheletrico.

Nell'ambito della popolazione dei pazienti che si presentano al DEA con dolore toracico, solo in una parte di questi la valutazione iniziale consente di diagnosticare con sicurezza una sindrome coronarica acuta (SCA) oppure un'origine sicuramente non cardiaca della sintomatologia. Nella maggioranza dei casi invece la valutazione iniziale mediante ECG ed esame clinico non è sufficiente per classificare correttamente il paziente. Di conseguenza ne deriva che troppi pazienti con dolore toracico vengono impropriamente ricoverati e troppi impropriamente dimessi dal DEA.

La gestione del dolore toracico in Pronto Soccorso (PS) è oggi in Italia tutt'altro che soddisfacente in assenza di protocolli standardizzati. L'esperienza maturata negli USA nell'ultimi decenni attraverso le Chest Pain Units (CPU),

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

<sup>1</sup>Dirigente Medico S.C. Pronto Soccorso

<sup>2</sup>Dirigente Medico S.C. Cardiologia-UTIC

<sup>3</sup>Direttore S.C. Medicina Interna

IRCSS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

<sup>4</sup>Dirigente Medico S.C. Medicina Interna

<sup>5</sup>Direttore S.C. Pronto Soccorso e DEA

Policlinico di Foggia AOU "Ospedali Riuniti"

<sup>6</sup>Dirigente Medico Istituto di Medicina Interna

<sup>7</sup>Direttore Istituto di Medicina Interna

**Tabella 1**

**Eziologia del dolore toracico in vari contesti clinici**  
(i valori sono espressi come percentuale)

Eziologia	MMG	Centrale 118	Staff ambulanza	DEA
Cardiaca	20	60	69	45
Muscolo-scheletrica	43	6	5	14
Polmonare	4	4	4	5
Gastrointestinale	5	6	3	6
Psichiatrica	11	5	5	8
Altri	16	19	18	26

suggerisce che una gestione cost-effective del dolore toracico è possibile e non richiede mezzi tecnici sofisticati. Diversi studi hanno dimostrato che l'attuazione di un protocollo standardiz-

zato riduce significativamente il rischio di misconoscere un infarto miocardico evolvente, a fronte di una riduzione del numero di ricoveri per dolore toracico. Analisi di costo-efficacia hanno inoltre dimostrato significativi vantaggi economici per la CPU rispetto ad una gestione di routine tradizionale del paziente con dolore toracico. Nonostante l'ampia documentazione dei vantaggi delle CPU, in Italia l'attuale contesto di limitatezza delle risorse ne rende oggi proponibile l'istituzione probabilmente solo in poche grandi realtà. Quello che invece è possibile attuare anche nel più piccolo ospedale è l'istituzione di protocolli e percorsi integrati sul territorio per la gestione ottimale del paziente con dolore toracico.

La classificazione più congrua ed efficace, proposta dalle Società Scientifiche e dai Gruppi di Lavoro e basata sulla sede del dolore, è riportata nella *tabella 2*.

**► Percorso di valutazione**

Nei PS e nei DEA, l'arrivo di pazienti con dolore toracico acuto, attiva la procedura del Triage. Questa prima valutazione è affidata a personale infermieristico esperto che, applicando specifiche tavole di stima, è in grado di identificare situazioni cliniche ad alto rischio di vita, attribuendo un differente codice cromatico d'urgenza per indicare la priorità con cui il paziente sarà sottoposto all'attenzione del medico. Per convenzione, la

presenza di dolore toracico impone l'attribuzione del codice giallo e rosso.

Il principale obiettivo delle varie componenti del triage è la riduzione dei sensibili ritardi, nella diagnosi e nella terapia, che possono verificarsi anche dopo l'arrivo in ospedale del paziente con dolore toracico. A tal proposito le linee guida della Task Force della Società Europea di Cardiologia, per ridurre al massimo i ritardi intraospedalieri, ritengono determinante il lavoro del personale infermieristico che, dopo il triage del paziente con dolore toracico, deve registrare di routine un ECG portandolo subito al medico per la refertazione, istituire un accesso venoso e fare un prelievo ematico per i test di laboratorio.

Il primo passo utile, soprattutto nella diagnosi differenziale del dolore anginoso e quindi di sindrome coronarica acuta (SCA), è l'attribuzione di un punteggio come nella *tabella 3*.

**Tabella 2**

**Classificazione eziologica del dolore toracico**

**Cause cardiache**

- Origine miocardica: coronaropatia (angina pectoris, infarto miocardico acuto), stenosi aortica, prolasso della mitrale, cardiomiopatia ipertrofica.
- Origine pericardica: pericardite.
- Origine aortica: aneurisma dissecante.

**Cause non cardiache**

- Origine polmonare: embolia polmonare, bronchiectasia, pneumotorace, pleurite, neoplasie pleuropolmonari.
- Origine gastrointestinale: esofagite, emia iatale, ulcera peptica, pancreatite acuta, colecistite, colelitiasi.
- Origine muscolo-scheletrica: costocondriti, crampo intercostale, sindromi radicolari, sindromi infiammatorie, Herpes Zoster, fratture, neoplasie.
- Origine funzionale: neurosi ansiosa, depressione, abuso di alcolici.
- Altre cause: mastopatia, tumori della parete toracica.

**Tabella 3**

**Chest Pain Score**  
(G Ital Cardiol 2009)

(score < 4: dolore atipico, bassa probabilità di angina pectoris; score ≥ 4: dolore tipico, intermedio-alta probabilità di angina)

Dolore toracico	Punti
<b>Localizzazione</b>	
• Retrosternale, precordiale	+3
• Emitorace sinistro, collo, mandibola, epigastrio	+2
• Apice	-1
<b>Carattere</b>	
• Oppressivo, strappamento, morsa	+3
• Pesantezza, restringimento	+2
• Puntorio, pleurítico, pinzettante	-1
<b>Irradiazione</b>	
• Braccia, spalla, posteriore, collo, mandibola	+1
<b>Sintomi associati</b>	
• Dispnea, nausea, sudorazione	+2

Figura 1

Aspetti caratteristici nei vari tipi di dolore toracico

Causa di dolore	Tipo di dolore	Dolore riferito	Risposta a postura/movimento	Risposta a cibo/liquidi	Dolorabilità	Risposta a nitrati
Dolore cardiaco ischemico	viscerale	sì	no	no	no	sì
Dolore card. non ischemico	viscerale	sì	no	no	no	no
Malattia polmonare	viscer./cutaneo	di solito no	no	no	no	no
Pneumotorace	viscer./cutaneo	no	sì	no	di solito no	no
Muscolo-scheletrico	cutaneo	no	sì	no	sì	no
Gastrointestinale	viscerale	a volte	no	sì	no	no
Aneurisma aortico	viscerale	sì	no	no	no	no
Psichiatrico	viscer./cutaneo variabile	no	no	no	no	no

Una corretta diagnosi può essere formulata anzitutto sui *dati anamnestici e clinico-obiettivi* e quindi sulla base della localizzazione, irradiazione e qualità del dolore, ma anche tenendo conto del comportamento del dolore stesso: insorgenza, regressione, durata, frequenza, nonché sintomi associati. In caso di accesso di un paziente con dolore toracico nel PS o al DEA lo spazio temporale di intervento è diversificato, passando da una risposta diagnostico-terapeutica immediata in caso di arresto cardiaco ad

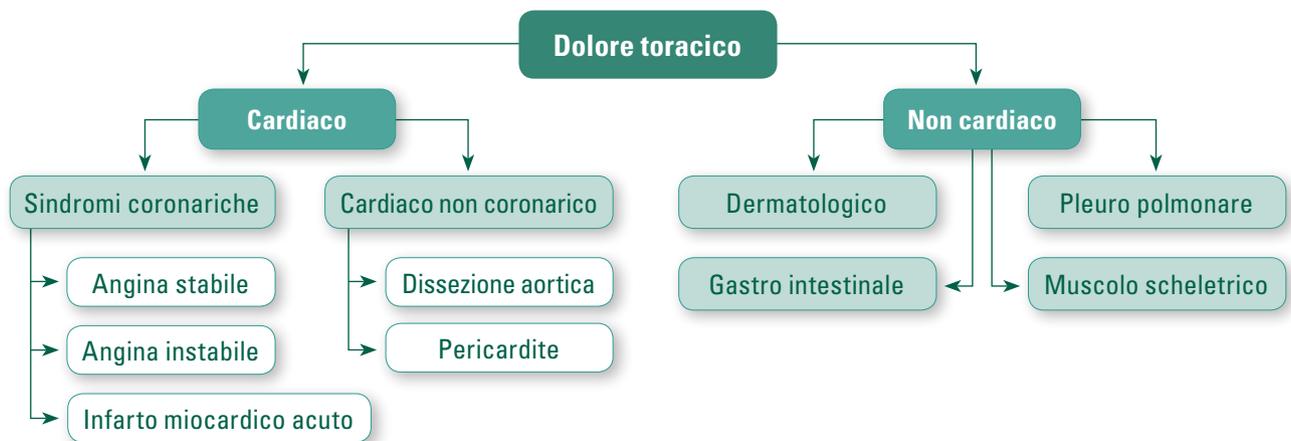
una eventuale osservazione per 24 ore in casi meno critici. Gli obiettivi principali nel valutare e trattare i pazienti nel DEA sono: 1) correggere le funzioni vitali; 2) stabilizzare le condizioni del paziente; 3) prevenire l'instaurarsi di un danno permanente; 4) iniziare l'iter diagnostico; 5) iniziare il trattamento. Appare evidente che le condizioni cliniche del paziente, la raccolta dei dati anamnestici e dei fattori di rischio, nonché le caratteristiche del dolore, sono di estrema importanza nelle de-

cisioni successive da assumere e nelle strategie diagnostico-terapeutiche. Allo scopo di decidere se un paziente con dolore toracico abbia una condizione sottostante pericolosa e quindi richieda un percorso diagnostico-terapeutico rapido, la valutazione dei sintomi è di estrema importanza. La maggior parte degli studi che hanno valutato la gravità dei sintomi in relazione agli eventi, ha focalizzato l'attenzione su pazienti con sospetta sindrome coronarica acuta (SCA); tuttavia si tenga ben presente che anche altre diagnosi

Figura 2

Algoritmo per la gestione del dolore toracico

Alcuni elementi di diagnosi differenziale forniti (tipologia, caratteristiche del dolore, irradiazione), supportati da esami bioumorali e strumentali, spesso consentono di discriminare due tipologie di dolore toracico: quello cardiaco (ischemico e non ischemico) e quello non cardiaco.



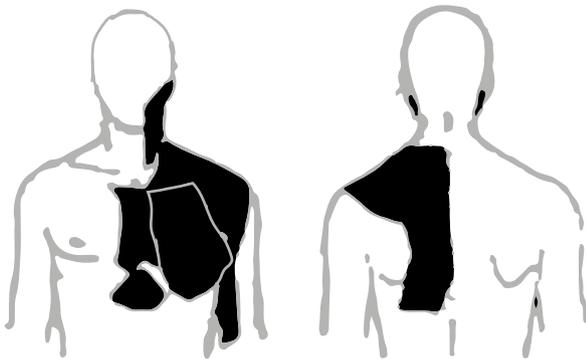
come dissezione aortica, embolia polmonare e pneumotorace, possono richiedere un iter diagnostico-terapeutico altrettanto rapido. Gli aspetti peculiari dei vari tipi di dolore toracico sono illustrati nella *figura 1*. Sempre ai fini di orientare la diagnosi, e quindi, le successive strategie tera-

peutiche ed allocative del paziente, nella *figura 2* viene riportato un algoritmo in grado di facilitare la distinzione tra origine cardiaca e non cardiaca del dolore toracico acuto. Alcuni elementi di diagnosi differenziale forniti, tipologia e caratteristiche del dolore (insorgenza, regressione, dura-

ta, frequenza, sintomi associati) e condizioni cliniche del paziente, supportati da esami bioumorali e strumentali consentono nella maggior parte dei casi, di discriminare due tipologie di dolore toracico: quello cardiaco - ischemico e non ischemico - e quello non cardiaco (*figura 3, 4 e 5*).

Figura 3

**Dolore toracico cardiaco ischemico**



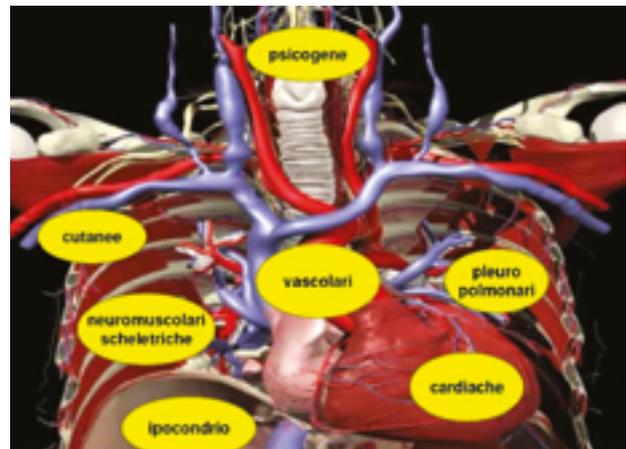
**Dolore toracico tipico:**

- dolore in sede retrosternale o con irradiazioni caratteristiche
- non modificabile con movimenti o atti respiratori
- associato ad ansia
- talvolta con sudorazione

**Dolore toracico atipico:** se non si riconoscono queste caratteristiche

Figura 5

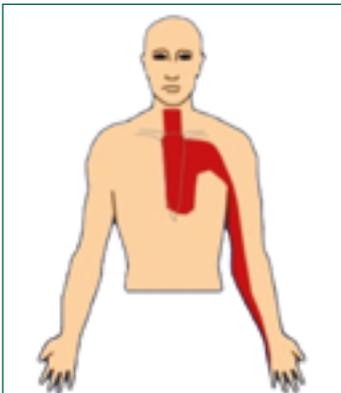
**Dolore toracico di origine non cardiaca**



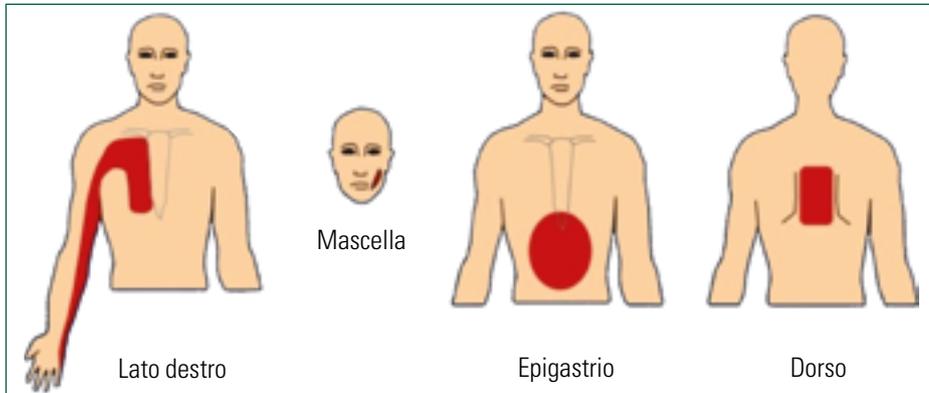
Il dolore toracico non cardiaco è descritto in genere come puntorio o trafittivo, esacerbato dal respiro o dalla tosse, localizzabile con un dito, soprattutto all'apice del ventricolo sinistro, riprodotto dalla palpazione della parete o dai movimenti delle braccia, persistente della durata di molte ore o della durata di pochi secondi.

Figura 4

**Usuale localizzazione del dolore miocardico ischemico**



**Sedi meno frequenti del dolore miocardico ischemico**



L'intensità del dolore è un carattere che aiuta poco a riconoscere la causa della sintomatologia: infatti è noto, nell'ambito della cardiopatia ischemica, che il rapporto tra l'entità dell'ischemia miocardica e il dolore è estremamente variabile, e che tra i pazienti con cardiopatia ischemica è riconoscibile un continuum di intensità del dolore che va dalle forme di ischemia silente a casi di dolore fiero, in assenza di rilevanti segni elettrocardiografici di ischemia.

Il fastidio o dolore toracico che si verifica in corso di sindrome coronarica acuta (SCA) è di solito descritto come oppressivo/costrittivo o urente/soffocante, potendosi irradiare alla mandibola o all'arto superiore sinistro o anche in regione dorsale ed è generalmente accompagnato da stimolazione del sistema nervoso autonomo: il paziente appare dunque pallido, sudato e freddo al tatto, nausea e vomito sono spesso presenti e indirizzano verso una causa cardiaca del dolore toracico. Questa descrizione è stata fatta per la prima volta dal medico inglese Heberden alla fine del XVIII secolo. Il dolore intenso suscita di per sé attivazione simpatica e anche patologie non cardiache, come la dissezione aortica, possono essere accompagnate da importanti sintomi associati.

Un dolore allarmante che si accompagna a sintomi neurovegetativi dovrebbe far avviare il paziente ad un percorso rapido, qualunque sia la diagnosi. I sintomi di accompagnamento al dolore dovrebbero essere valutati insieme ai segni di altre malattie, quali ad esempio infezioni, febbre, ansietà e agitazione.

**L'elettrocardiogramma** è il mezzo più semplice ed efficace nella prima fase dell'iter diagnostico; infatti, fornisce informazioni molto importanti al fine dell'interpretazione del dolore toracico, con lo scopo principale di identificare i pazienti con ischemia

miocardica. In molti casi l'ECG non risulta significativo: i segni di ischemia miocardica risultano mascherati - ad esempio per blocco di branca sinistra (BBS), ipertrofia-sovraccarico del ventricolo sinistro (IVS), ritmo da pacemaker (PM) - oppure mancano del tutto. Circa un terzo dei pazienti con dolore toracico acuto ha un ECG normale: la normalità del tracciato non esclude la presenza di ischemia miocardica, anche se probabilmente è espressione di una condizione a basso rischio di gravi eventi clinici a breve termine. Inoltre, se il primo tracciato è "non diagnostico", è indispensabile fare ricorso ad ECG seriati o, ove possibile, ad un monitoraggio continuo a 12 derivazioni, capace, in particolare nei pazienti con dolore toracico acuto a basso rischio, di dare ulteriori informazioni diagnostiche e prognostiche.

Il danno della membrana cellulare dei miociti, secondario alla necrosi, libera macromolecole proteiche intracellulari, chiamate genericamente **markers biochimici di danno miocardico** (*mioglobina, troponina, CK-MB*), utilizzati a scopo diagnostico e prognostico, in integrazione con gli elementi clinici ed elettrocardiografici. Nessun marker attualmente disponibile presenta tutte le caratteristiche ideali di precocità, sensibilità e specificità: la troponina è il marker più valido per l'assoluta specificità e l'elevata sensibilità anche per danno miocardico minimo, la mioglobina e il CK-MB possono essere di aiuto nella diagnosi precoce, ma la determinazione della troponina dà la massima garanzia di specificità; la troponina è un marcatore altamente sensibile e assolutamente cardiospecifico e deve essere pertanto inserita nei protocolli accelerati di diagnosi nel DEA, come indicatore biochimico definitivo di danno cardiaco. La troponina è costituita da tre subunità TnC, TnT e TnI, di cui due, la TnT e TnI, sono miocardio-

specifiche. In caso di danno miocardico acuto, la troponina compare in circolo circa 1-3 ore dopo l'inizio della sintomatologia, aumentando fino a raggiungere il picco dopo 7-12 ore e persiste ad elevate concentrazioni generalmente 5-7 giorni, prima di scomparire completamente. Un suo incremento oltre la soglia di positività è assolutamente specifico per danno miocellulare ma non necessariamente per danno ischemico coronarico acuto: valori oltre quello normale possono essere imputabili ad altre condizioni quali scompenso cardiaco, edema polmonare acuto, aritmie sostenute, embolia polmonare, stati settici, ablazione/cardioversione, chirurgia cardiaca, insufficienza renale, miocardite/pericardite.

**L'ecocardiogramma** ha un ruolo diagnostico rilevante nella diagnosi di dolore toracico. Alterazioni della motilità della parete ventricolare si verificano entro i primi minuti dell'ischemia miocardica, pertanto le anomalie della cinesia parietale del ventricolo sinistro all'ecocardiogramma transtoracico (ETT) sono più sensibili e precoci rispetto all'ECG nella diagnosi di infarto miocardico acuto (IMA) e possono avere un ruolo fondamentale nella diagnosi differenziale del dolore toracico. In PS l'ecocardiografia è sicuramente molto utile, anzi necessaria, nei casi di dolore toracico di sospetta natura ischemica con ECG non interpretabile - ad esempio BBS, PM, IVS - nelle prime ore dall'inizio dei sintomi, quando i markers di necrosi miocardica non sono ancora in aumento. L'ecocardiografia identifica altre possibili cause di dolore toracico acuto quali la pericardite, l'aneurisma dell'aorta prossimale, l'embolia polmonare, una cardiomiopatia o una valvulopatia. L'ecocardiogramma transesofageo (ETE) svolge un ruolo diagnostico insostituibile nella diagnosi di dissezione aortica con una sensibilità del 100%. Infine, in condizioni nelle quali l'anam-

nesi, l'ECG, i markers biochimici e l'ecocardiogramma danno risultati equivoci, altre tecniche di imaging possono essere particolarmente utili per la definizione eziologica del dolore toracico, consentendo altresì di identificare i pazienti a basso rischio che potrebbero essere dimessi evitando quindi il ricovero in ospedale oppure quelli ad alto rischio affetti da una condizione potenzialmente pericolosa per i quali è pertanto necessario il ricovero.

**L'iter diagnostico completo** di tutte le indagini necessarie e ritenute opportune per la corretta valutazione del dolore toracico acuto è indicato nella flow chart riportata in figura 6.

► **Conclusioni**

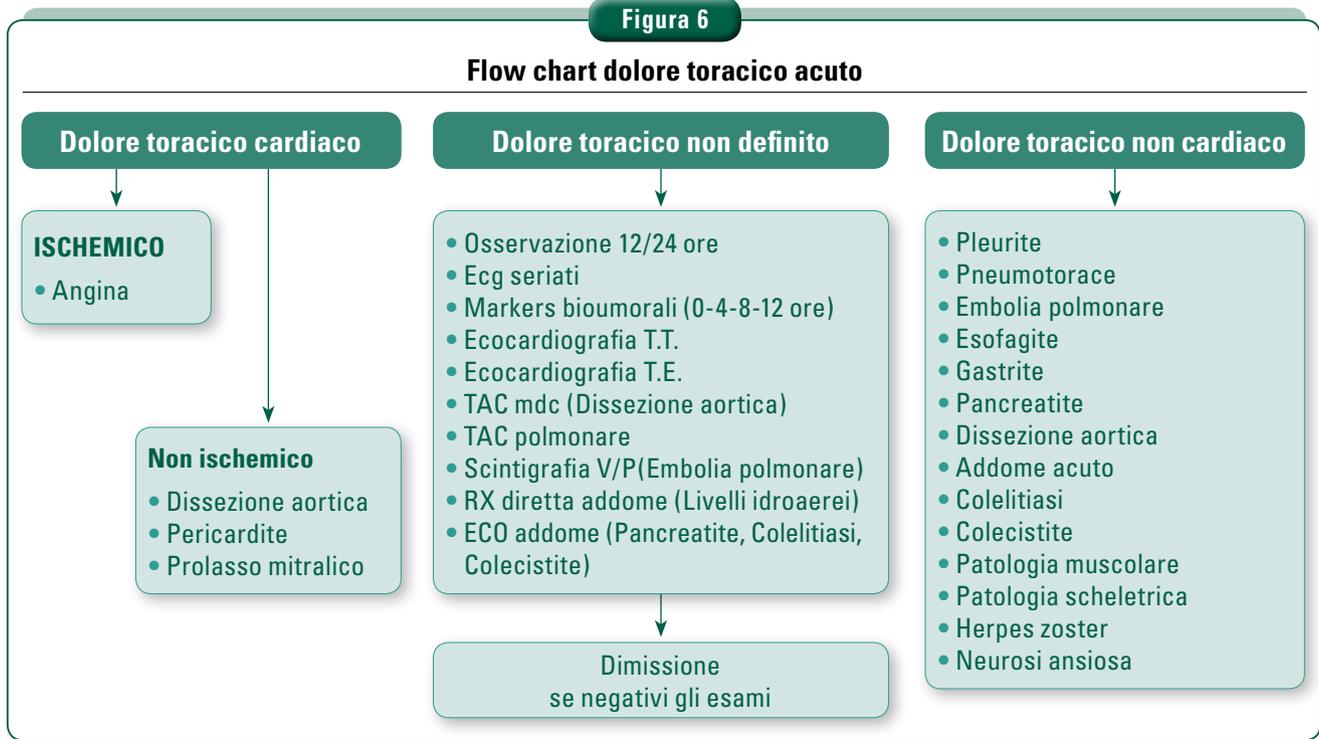
Il dolore toracico rappresenta uno dei principali problemi della medicina moderna, poiché costituisce la causa più frequente di accesso in Pronto Soccorso (circa il 5% di tutte le visite effettuate) e comporta una mortalità

elevata (2-4%) in caso di diagnosi mancata e dimissione impropria. Premesso che il ricovero sistematico dei pazienti con dolore toracico determina un inutile aumento dei costi, è opportuno applicare un percorso di valutazione che preveda un periodo di osservazione finalizzato al riconoscimento delle patologie cardiovascolari gravi che lo sottendono. La raccolta anamnestica, le informazioni desumibili dai dati clinici, gli esami di laboratorio e quelli strumentali, possono integrarsi in modo efficace per fornire criteri utili in prima istanza, atti a definire non solo la probabilità che il dolore sia di natura coronarica ma anche il rischio successivo di eventi maggiori. La diagnosi e la stratificazione del rischio, fatte precocemente, sono estremamente importanti per due ragioni: per programmare un trattamento tempestivo in emergenza/urgenza e per definire il reparto di degenza (unità coronarica, degenza ordinaria). In PS o nel DEA, nella pratica clinica del dolore toracico acuto, solo

il 15-20% dei pazienti mostra segni di un ECG diagnostico o segni ematochimici di danno ischemico. Quindi il problema reale dei medici di PS non si configura tanto nella identificazione di questa minoranza di casi, quanto nella corretta differenziazione di quel 30-35% di pazienti con dolore toracico acuto, di verosimile origine cardiaca, per i quali si impone il ricovero ospedaliero, dal rimanente 50% di casi in cui la sintomatologia dolorosa sottende un'origine non cardiaca, che può consentire una tranquilla dimissione. Purtroppo però le cose non stanno proprio così e, pertanto, la forbice tra dimissione impropria, per mancata diagnosi, e ricovero inutile è molto stretta. Un paziente non diagnosticato di IMA, erroneamente dimesso, va incontro ad una mortalità a breve termine, di circa il 25%, pari al doppio di quella attesa in caso di ricovero, con ripercussioni di carattere medico-legale facilmente comprensibili. Le considerazioni precedenti giustificano l'avvio di tanti studi effettua-

**Figura 6**

**Flow chart dolore toracico acuto**



ti in questi ultimi anni, tutti dedicati alla identificazione di "rule out", capaci di consentire dimissioni rapide e sicure dai PS. In tutti gli studi viene segnalata come strategia fondamentale, quella della dimissione di pazienti con dolore toracico acuto, che non presentino anomalie al tracciato ECG o ematochimiche, durante un'osservazione di 12 ore.

Sulla base del quadro complessivo finora trattato, quando un paziente con dolore toracico acuto giunge al PS o al DEA, gli operatori hanno molti elementi di supporto per fare una rapida valutazione e programmare l'iter dell'urgenza di successive procedure.

I pazienti che giungono in PS con dolore toracico acuto, senza altri segni e/o sintomi particolari, sono etichettati con il codice giallo; l'attribuzione di questo codice prevede un ECG entro 10 minuti dall'ingresso in PS ed entro 30 minuti la definizione della probabilità di sindrome coronarica acuta (SCA) in atto, attraverso l'anamnesi, l'esame clinico e l'ECG.

Viene invece attribuito il codice rosso ai pazienti che, contemporaneamente al dolore toracico acuto, presentano almeno uno dei seguenti sintomi: dispnea grave, pallore cutaneo con sudorazione algida, alterazione dello stato di coscienza, FC (frequenza cardiaca) <50 bpm oppure >120 bpm, PAS (pressione arteriosa sistolica) <90 mmHg. I pazienti identificati con codice rosso, devono avere un accesso immediato all'iter di emergenza, vanno sottoposti immediatamente ad ECG e bisogna loro assicurare: posizionamento di una o due linee di infusione endovenosa, monitoraggio ECG e parametri vitali, prelievo ematochimico d'urgenza (emocromo, profilo emocoagulativo, enzimogramma cardiaco, D-dimero, funzionalità epato-renale, elettroliti, glicemia), somministrazione di O<sub>2</sub>-terapia ad alto flusso previa esecuzione di un'emogasanalisi (EGA), somministrazione di

acido acetilsalicilico per os (salvo controindicazioni).

Una volta effettuata la valutazione del rischio e dopo attribuzione del codice, la gestione del paziente può seguire due vie ben definite e precise: 1) quella del paziente ad alto rischio e 2) quella del paziente senza caratteristiche di alto rischio.

Il paziente ad alto rischio deve essere ricoverato immediatamente presso un'unità coronarica o una terapia intensiva.

Il paziente senza caratteristiche di alto rischio può essere dimesso e rimandato a casa se è rimasto asintomatico per 12 ore nel periodo di osservazione (preferibilmente presso una unità per il dolore toracico), se non vi sono nuove modificazioni di tipo ischemico all'ECG e se non ci sono segni biochimici di necrosi mio-

cardica recente. Una prova da sforzo può eventualmente essere eseguita prima della dimissione e può risultare utile per determinare la gravità dei sintomi e dell'ischemia da sforzo.

In definitiva, per i medici di medicina d'urgenza, ma anche per i cardiologi consulenti o direttamente impegnati in Pronto Soccorso, una delle maggiori sfide quotidiane è rappresentata dalla capacità di diagnosticare accuratamente e di ricoverare tempestivamente i pazienti con dolore toracico dovuto ad una sindrome coronarica acuta (SCA), cercando al contempo: a) di non dimettere i pazienti con una coronaropatia in corso (gruppo gravato da elevata mortalità) e b) di evitare ricoveri osservazionali impropri di pazienti con dolore toracico non legato ad una causa coronarica.

### Bibliografia

- De Luca P. "Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica". Società Editrice Universo, Roma 2011.
- De Luca P. "Medicina Clinica. Manuale pratico di Diagnostica e Terapia". Enea Edizioni, Milano 2016.
- Dioguardi N., Sanna GP. "Moderni aspetti di Semeiotica Medica". SEU 2002.
- Erhardt L. et Al. "Task force on the management of chest pain". Eur. Heart J. 2002.
- Federazione Italiana di Cardiologia. Società Italiana di Cardiologia Invasiva. "Documento di Consenso. La rete interspedaliera per l'emergenza coronarica". Ital Heart J 2005.
- Fradà G. "Semeiotica Medica". Piccin 1997.
- Gai V. "Medicina d'Urgenza". C.G. Edizioni Medico Scientifiche 2013.
- Gasbarrini G. "Trattato di Medicina Interna". Verduci 2011.
- Graff LG. et Al. "Impact on the care of the emergency department chest pain from Chest Pain Evaluation registry (CHEPER) study". Am. J. Cardiol. 1997.
- Grifoni S. "Medicina d'Urgenza". Piccin 2015.
- Harrison "Principi di Medicina Interna". CEA 2012.
- Hertz J. et Al. "Characteristics and outcome for patients with acute chest pain in relation to whether they were transported with ambulance or not". Eur. J. Emerg. Med. 2000.
- Jernberg T. et Al. "The combination of a continuous 12-lead ECG and troponin T. A valuable tool for risk stratification during the first 6 hours in patients with chest pain and a non-diagnostic ECG". Eur. Heart J. 2000.
- Lee TH. et Al. "Evaluation of the patient with acute chest pain". N Engl J Med 2000.
- Marsan RJ. et Al. "Evaluation of a clinical decision rule for young adult patients with chest pain". Acad Emerg Med 2005.
- Merck "Manuale di diagnosi e terapia". Springer-Verlag 2014.
- Nuovo Rasario "Metodologia Clinica e Semeiotica Medica". Idelson-Gnocchi 1996.
- Rugarli C. "Medicina Interna Sistemica". Edra Masson 2015.
- Siegenthaler W. "Diagnosi differenziale". UTET 2010.
- SIMEU "Medicina di Emergenza-Urgenza". Elsevier 2011.
- Zanussi C. "Il metodo in Medicina Clinica". Mattioli 2007.

# La strongiloidosi: focus sulla malattia dei piedi scalzi

*La rilevanza clinico-epidemiologica della strongiloidosi, un'elmintiasi causata da Strongyloides stercoralis che si trasmette attraverso la cute integra, è oggi sottostimata. È invece da sospettare fortemente in presenza di eosinofilia negli italiani ultra65enni e negli stranieri provenienti da aree endemiche. Diagnosticarla e trattarla precocemente è fondamentale per prevenire le gravi complicanze di una strongiloidosi disseminata in corso di immunodepressione, anche iatrogena*

La malattia dei "piedi scalzi", la "più negletta delle patologie neglette", una "bomba ad orologeria", "morbo padano", sono alcune delle definizioni usate per identificare la strongiloidosi, un'elmintiasi spesso sottostimata e sottodiagnosticata anche in Italia, su cui vale la pena soffermarsi per le sue pericolose conseguenze cliniche in determinati pazienti.

"Se i vermi avessero un cervello, *Strongyloides stercoralis*, il nematode della famiglia *Strongyloididae* responsabile della strongiloidosi, sarebbe 'geniale'. Le microscopiche larve filariformi sono infatti in grado di penetrare attraverso la cute, anche integra, per esempio camminando scalzi in terreni contaminati da feci infette umane e (forse) an-

che di cane". Esordisce così illustrando la patologia **Zeno Bisoffi**, direttore Centro Malattie Tropicali, Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (VR), tra i principali studiosi della materia. Ne consegue che i maggiori fattori di rischio per acquisire l'infestazione da *S. stercoralis* sono professioni a contatto con il terreno (agricoltura con metodi manuali, giardinaggio, ecc).

"L'altra peculiarità di *S. stercoralis* è quella di poter sviluppare un ciclo endogeno di autoinfestazione, che determina la persistenza della parassitosi anche a notevole distanza temporale dalla presunta prima infestazione e per tutta la vita del soggetto" continua Bisoffi.

Infatti, all'interno del lume intestinale le larve non infestanti si trasformano nella forma infestante e acquisiscono la capacità di penetrare attraverso la mucosa o la cute perianale, dando origine a continui e ripetuti cicli endogeni, per tutta la durata della vita dell'ospite. Questo significa che, al contrario di altri parassiti, se non viene trattata effica-

## Alcuni esempi in pratica clinica

- Signora di 82 anni, residente in una città del Veneto... crisi asmatiche ricorrenti...
- Contadino settantacinquenne di Rimini... da oltre 20 anni accusa un prurito generalizzato, persistente e incoercibile.
- Ottantenne "cittadino", deperisce di giorno in giorno (dimagrimento eccessivo), astenico.
- Anziana 94enne ospite di una Casa di Riposo: prurito "sine materia" ricorrente e ribelle, con vistose lesioni da grattamento. Ha speso per anni buona parte della sua pensione nella vana speranza di guarire...
- Giovane donna thailandese con una "rettocolite ulcerosa"... non migliora con salazopirina.
- Studente universitario di 25 anni, guineano, in Italia da 5 anni. Da anni lamenta dolore addominale ricorrente e saltuario prurito cutaneo. Il chirurgo rileva segni di appendicopatia subacuta.
- Immigrato ghanese di 38 anni: diagnosi di linfoma. inizia terapia immunosoppressiva: febbre settica incontrollabile, shock, ileo paralitico, ARDS. Exitus nonostante terapia adeguata.



## Caratteristiche comuni dei pazienti

- Eosinofilia
- Mielocentesi, biopsie ossee, broncoscopie negative
- Ricerche parassitologiche ripetutamente negative
- Storia di contatto cutaneo con il terreno

cemente rimane nella persona infetta per tutta la sua vita. Quindi la malattia che viene osservata in Italia, quasi esclusivamente in età geriatrica, riflette un'infestazione contratta molti decenni prima, quando non addirittura in età infantile.

L'infestazione da *S. stercoralis* è descritta in tutti i continenti (si stima che siano circa 370 milioni le persone infette nel mondo) e predilige i Paesi tropicali e sub-tropicali, dove il clima caldo-umido e le precarie condizioni igieniche ne favoriscono lo sviluppo. Sono però descritte estese aree di ipoendemia anche in Paesi industrializzati e della fascia temperata, tra cui l'Italia, in particolare nell'area della Pianura Padana, tuttavia mancando dati epidemiologici certi per escludere la presenza in altre aree del territorio del nostro Paese. Un recente studio coordinato dal Centro di Negrar condotto in Veneto, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia, indica che nel Nord Italia vi sono migliaia di casi di questa parassitosi nella popolazione di età geriatrica (*Euro Surveill 2016; 21: 31*), mentre nella popolazione immigrata la percentuale può essere >10%.

### ► Sintomatologia e diagnosi

“Per molti anni *S. stercoralis* può provocare sintomi vaghi e aspecifici: cutanei, tra i più frequenti un prurito solitamente diffuso e che, a volte, può diventare intenso e devastante; respiratori (episodi asmatici), gastroenterici (dolori, diarrea), dimagrimento. In molti soggetti la strongiloidosi è asintomatica ed eventualmente si può sospettare in occasione dell'esecuzione di un emocromo da cui si riscontra un aumento di eosinofili. In sintesi la presenza di tale sinto-

matologia e/o di eosinofilia dovrebbero subito far scattare nel medico di famiglia il dubbio di essere in presenza di strongiloidosi, soprattutto in due coorti di soggetti:

- italiani con età >65 anni che possono aver acquisito l'infezione in età pediatrica o nell'adolescenza, perché attualmente in Italia si suppone che quasi non vi sia trasmissione per il miglioramento delle condizioni igieniche di vita;
- soggetti immigrati di qualsiasi età provenienti da Paesi dove la patologia è endemica (Africa, Asia, America Latina, ma anche Paesi dell'Europa orientale come l'Ucraina).

La diagnosi appropriata richiede la ricerca di anticorpi nel sangue, mentre l'esame delle feci spesso non è in grado di identificare il parassita. La diagnosi è dunque agevole, ma, quasi sempre, viene posta in ritardo. Sarebbe quindi auspicabile procedere ad un accurato screening sistematico dei soggetti con eosinofilia potenzialmente affetti.

### ► Strongiloidosi disseminata

È fondamentale la diagnosi tempestiva, per ottenere, con una terapia efficace, l'eradicazione completa della parassitosi prima che un'eventuale deficit immunitario possa favorire forme complicate, potenzialmente letali, di malattia.

In particolare si può generale una strongiloidosi disseminata, ovvero la diffusione sistemica di larve filariformi invasive verso distretti distanti dal loro normale circuito migratorio, con potenziale invasione di ogni organo e apparato. È favorita da condizioni di immunodepressione spontanea o iatrogena: trattamenti corticosteroidi o immunosoppressivi (talora praticati per una “eosinofilia idiopatica” o per una sospetta vasculite), malattie oncoematologi-

che, trapianti d'organo, infezione da HTLV-1. Conduce il paziente ad exitus nella quasi totalità dei casi, per complicanze infettive e/o insufficienza multiorgano.

### ► Trattamento

Il farmaco ad oggi più efficace è ivermectina (che tra l'altro valse ai suoi scopritori il Premio Nobel per la Medicina nel 2015). Tuttavia l'antelmintico in compresse, registrato in alcuni paesi dell'Ue tra cui Francia, Olanda e Germania, in Italia non è disponibile e va importato dall'estero per “uso compassionevole”.

“Sarebbe importante che il farmaco venisse registrato in Italia e che potesse essere reperibile anche in farmacia. I casi registrati sono la punta di un iceberg, in realtà ci sono migliaia di persone inconsapevoli di essere affette da questa patologia. Per cercare di superare questa criticità stiamo organizzando a Verona un convegno nell'aprile 2017 il cui focus sarà proprio dedicato alle caratteristiche di ivermectina (che tra l'altro si è dimostrata efficace contro un crescente numero di altre patologie parassitarie). Cercheremo tutte le alleanze possibili perché il farmaco sia disponibile anche nel nostro Paese”, conclude Bisoffi.

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Zeno Bisoffi

# Up to date sulle patologie benigne della mammella

Il dolore è il sintomo che più frequentemente spinge la donna con una lesione mammaria al consulto medico, anche se nella maggior parte le lesioni sono di natura benigna. In relazione al progresso delle tecniche diagnostiche senologiche il suggerimento al trattamento chirurgico avviene sempre più raramente

**Piero Fregatti**

*Chirurgia Senologica (Direttore Prof. D. Friedman) - IRCCS San Martino-IST, Genova*

La patologia benigna della mammella costituisce un ampio ed eterogeneo gruppo di lesioni che comprendono le anomalie dello sviluppo, le proliferazioni dell'epitelio e del parenchima e le affezioni infiammatorie. Il dolore è il sintomo che più frequentemente spinge la donna al consulto medico. È importante ricordare che questo gruppo di affezioni possono determinare una vasta gamma di sintomi e segni. Bisogna considerare che la maggior parte di tali lesioni sono di natura benigna. In relazione al grande progresso delle tecniche diagnostiche senologiche, la diagnosi e il loro trattamento sempre più raramente necessitano di trattamento chirurgico.

## ► Cambiamenti fibrocistici (FCCs)

Condizione benigna molto frequente (1:10), colpisce generalmente in età fertile. Con il termine "cambiamenti" fibrocistici si descrivono le modifiche che avvengono nella ghiandola mammaria dall'epoca fertile alla post-menopausale sia dal punto di vista clinico (50%) che anatomo-patologico (90%).

- **Eziologia:** non è chiara, ma alcune ipotesi individuano uno squilibrio

ormonale con prevalenza degli estrogeni sul progesterone e anomalie del meccanismo d'azione della prolattina.

- **Diagnosi, decorso e terapia:** la sintomatologia è rappresentata da dolore mammario e presenza di tenui nodularità a carico dei seni; sensazione di tensione mammaria non correlata al ciclo mestruale. La presentazione può essere multicentrica e bilaterale. All'esame clinico le cisti sono palpatoriamente apprezzabili quando raggiungono un diametro >5 mm. Si denota un aumento diffuso della consistenza mammaria. Nelle forme avanzate: nodularità più consistenti, tumefazioni mobili e indolenti e talvolta presenza di linfoadenopatia ascellare consensuale.

La diagnosi strumentale può essere ecografica. In caso di macrocisti va valutata l'utilità di eseguire una centesi. Il decorso abitualmente è di tipo cronico e l'evoluzione lenta. La terapia medica si avvale di Fans, vitamina A ed E, antiestrogeni, progesterone, antiestrogeni, inibitori delle gonadotropine ed inibitori della prolattina; quella chirurgica dalla centesi per cisti di cospicue dimensioni sino all'asportazione nel caso di persistenza dopo agoaspirazione.

## ► Cisti

Originano dalle strutture epiteliali del lobulo ghiandolare. Sono strutture a contenuto liquido, di forma rotonda od ovoidale che si riscontrano nelle mammella di donne di età tra i 35 e i 50 anni. Nonostante la maggior parte siano microcisti subcliniche, in circa il 25% dei casi possono assumere un volume tale da essere apprezzabili alla palpazione.

- **Eziologia:** gli stimoli ormonali ovarici possono determinare la formazione e l'aumento di volume delle formazioni cistiche e della loro dolabilità, usualmente appena prima del periodo mestruale. Le cisti derivano dall'unità terminale dutto-lobulare. Nella maggior parte dei casi il rivestimento epiteliale è minimamente abbozzato o totalmente assente (cisti semplici). Solo nel 5% delle lesioni cistiche si può osservare la presenza di un epitelio ghiandolare (cisti complesse).

- **Diagnosi, decorso e terapia:** le lesioni cistiche, con il solo esame clinico (coadiuvato addirittura anche da una mammografia), non possono essere distinte con sicurezza da masse solide, ciò rende indispensabili approfondimenti diagnostici (ecografia)

ed eventualmente l'agoaspirato). La presenza di cisti semplici non è in alcun modo associata all'aumento di rischio di sviluppo di una neoplasia mammaria e la gestione consiste esclusivamente nel follow-up clinico. Nelle lesioni macrocistiche che determinano mastodinia può essere utile l'agocentesi, che eliminando il contenuto liquido, determina una riduzione della pressione e di conseguenza del dolore. Questa metodica assume una doppia valenza: curativa (non è infrequente però che il contenuto liquido si possa riformare) e diagnostica (valutazione citologica del contenuto, da eseguirsi soprattutto se presente componente ematica). Secondo alcuni autori anche la terapia medica può essere utile nel trattamento e nella gestione delle lesioni cistiche semplici: dieta priva di sale e utilizzo di diuretici per il riassorbimento della componente liquida e antiestrogenici o di androgeni per prevenirne la formazione. Per le cisti complicate (o atipiche) il discorso è relativamente diverso e il riscontro diagnostico è esclusivamente ecografico. Il tasso di malignità della cisti complessa è circa del 0.3%. Il management prevede il follow-up con esami di imaging. Se la lesione include la presenza di una nodularità bisogna comportarsi come per la gestione di una lesione solida sospetta per ca mammario (biopsia ETG guidata o chirurgica).

### ► Fibroadenoma (FA)

È una delle lesioni più comuni e nel 25% dei casi si riscontra in donne asintomatiche. Usualmente è una malattia della vita riproduttiva (picco d'incidenza tra i 15 e i 35 anni) ed è ormono-dipendente. Una diretta associazione è stata riscontrata tra il rischio di sviluppare un fibroadenoma

e l'assunzione dei contraccettivi orali prima dei 20 anni. Addirittura il virus di Epstein-Barr potrebbe svolgere un ruolo causale nello suo sviluppo in pazienti immunodepressi.

- **Eziologia:** si sviluppa dallo stroma del lobulo mammario (componente ghiandolare). Non si riconoscono attualmente cause precise che determinano la sua insorgenza. Sicura è la relazione con elevati livelli ematici estrogenici, ciò infatti rimanda all'elevata insorgenza tra le donne giovani, nelle quali vi è un'importante quota di estrogeni circolanti. Un team multidisciplinare ha osservato una relazione tra la modificazione del gene MED1 e lo sviluppo di quasi il 60% dei casi di fibroadenoma.

- **Diagnosi, decorso e terapia:** si presenta generalmente come un nodulo tondeggiante, ben definito, simile a una pallina compatta, duro-elastica, che ha la caratteristica di "sfuggire" sotto le dita. Nella maggior parte dei casi si presenta come lesione singola, ma nel 20% dei casi può essere rappresentato da masse multiple mono e/o bilaterali sino alla fibroadenosi multipla. La diagnosi è di tipo ecografico, solo i casi che presentano un minimo sospetto per neoplasia maligna dovrebbero andare incontro ad ulteriori accertamenti. Il decorso è variabile: spesso ci troviamo di fronte a lesioni che non crescono per anni, in altri casi ci possono essere fibroadenomi con uno spiccato trend di aumento volumetrico. Se nel primo caso il trattamento è rappresentato da controlli seriati nel secondo l'asportazione chirurgica è il gold standard. La chirurgia può essere proposta anche nei casi in cui il fibroadenoma, di esigue dimensioni, sia causa di sintomatologia dolorosa. Il rationale dell'asportazione di una lesione benigna come il fibroadenoma è so-

stanzialmente dettato da 3 regole:

- minore è il diametro della lesione asportata minore è l'incisione chirurgica praticata;
- fibroadenomi con rapido aumento volumetrico: è importante per la diagnosi differenziale con il tumore filloide;
- alcuni autori sostengono che la permanenza di un fibroadenoma, magari di cospicue dimensioni, può essere un elemento confondente nella diagnosi del ca mammario maligno.

### ► Secrezione dal capezzolo

È un sintomo comune e riguarda soprattutto donne tra i 30 e i 50 anni. A volte si tratta dell'unico segno clinico in pazienti con mammelle asintomatiche. Una modesta e saltuaria secrezione risulta essere spesso fisiologica e correlata con eventi infiammatori. Al contrario una secrezione sierosa, siero-ematica, continua, monorifizia- le, spontanea e non legata all'allattamento può essere l'epifenomeno di un papilloma intraduttale (lesione benigna) o più di rado (5% dei casi) lo spettro di una neoplasia maligna.

- **Eziologia:** può essere variegata (tabella 1), è soprattutto da porre in relazione al tipo di secrezione.

- **Diagnosi, decorso e terapia:** il segno classico è quello del reggiseno "macchiato". La secrezione può essere continua o saltuaria e può risolversi spontaneamente. Il trattamento può andare dal mero controllo clinico-strumentale seriato, all'esame citologico del secreto, al dosaggio della prolattina ematica, all'esame microbiologico sino alla chirurgia, che può essere di due tipi:

- sintomatologica tramite la deconnessione del dotto galattoforo principale (e dei dotti accessori) al capezzolo che elimina il sintomo;
- oncologica, che oltre a eliminare la

Tabella 1

**Secrezione dal capezzolo: eziologia e indagini opportune**

Tipo di secrezione	Cause	Esame
Lattiginosa bilaterale (Non legata ad allattamento)	Iperprolattinemia da farmaci (antidepressivi, ormoni etc.), da neoplasia ipofisiaria	Dosaggio prolattina, visita endocrinologica eventuale RM encefalo
Serosa-acquosa	Ectasia duttale, papillomatosi endoduttale, raramente carcinoma mammario	Esame citologico, mammografia, ecografia, galattografia, chirurgia
Purulenta	Episodi mastitici, galattoforiti, ascessi mammari	Esame citologico, esame microbiologico, ecografia
Siero-ematica ed ematica	90% del casi patologia benigna, 10% patologia maligna	Esame citologico, mammografia, ecografia, chirurgia
Ematica post-traumatica	In seguito a traumi (per esempio mammografie, biopsie mammarie etc.)	Escludere sempre causa neoplastica

secrezione, esegue un asportazione del tessuto retro-areolare a scopo diagnostico. L'intervento, eseguito in anestesia locale, è descritto come duttogalattoforectomia o resezione dei dotti mammari.

► **Dolore mammario**

Definito come mastalgia o mastodinia, è il più frequente disturbo senologico, ma non è quasi mai legato alla presenza di neoplasie maligne (<3% dei casi). Riconosciamo tre tipi di mastalgia:

- **ciclica**, di maggiore riscontro (40%), essenzialmente correlata con la fase premenstruale;
- **non ciclica**: rappresenta circa il 30% delle mastalgie e non trova correlazione con il susseguirsi delle fasi del ciclo mestruale;
- **gravidanza**: la mastalgia è un sintomo molto frequente durante il periodo dell'allattamento. Altre cause possono essere:
  - **Sindrome di Tietze**: interessa le cartilagini articolari dello sterno, determina un dolore riferito ai quadranti interni della mammella, che aumenta con la digitopressione.
  - **Trauma**: rappresenta circa l'8% di tutte le mastalgie. All'esame cli-

nico sono evidenti i segni di recenti biopsie o agoaspirati o di trauma contusivo con riscontro delle classiche complicanze.

- **Protesi mammarie**: formazione di capsula infiammatoria in protesi estetiche e non, rottura protesica.
- **Potus alcolico**: alterando lo sviluppo degli steroidi sessuali può determinare algia mammaria.
- **Patologie vertebrali**: in particolare se a carico delle ultime vertebre cervicali e delle prime dorsali possono presentarsi con mastalgia.
- **Dieta ricca di xantine**: le xantine, alcaloide contenuto in tè, caffè e cioccolata, se assunte in abbondanza, liberano ioni superossidi responsabili dell'ossidazione lipidica delle membrane cellulari mammarie, determinando alterazioni degli scambi ionici e quindi mastalgia.
  - **Diagnosi, decorso e terapia**: anamnesi, ecografia e mammografia sono di primaria importanza, in seconda battuta gli esami ematochimici con indici di flogosi e dosaggi ormonali. Ricordiamo l'utilizzo del "diario quotidiano del dolore". Il trattamento si distingue in base all'eziologia e sostanzialmente si divide tra quella ciclica e non ciclica, includendo tra quest'ultima an-

che quella di origine extra-mammaria. Rassicurare la paziente che la mastalgia ciclica non è una neoplasia maligna assume un ruolo di primaria importanza, che risolve di per sé grande parte delle mastodinie. Il trattamento della mastalgia ciclica prevede:

- reggisenone contenitivo;
  - diuretici: diminuiscono la ritenzione idrica tipica del periodo premenstruale, dunque la tensione mammaria;
  - Fans;
  - bromocriptina: inibitore della prolattina, diminuisce la proliferazione dell'epitelio mammario;
  - danazolo: nei casi di iperestrogenismo inibisce la sintesi di FSH ed LH alleviando la mastalgia. Va posta attenzione agli effetti collaterali mascolinizanti;
  - antiestrogeni: nei casi estremi si possono utilizzare tamoxifene o inibitori delle aromatasi.
  - olio di rapunzia: agisce in virtù dell'abbondante presenza di acidi grassi essenziali.
- Nella mastalgia non ciclica ed extramammaria vengono abitualmente applicati Fans, ma con scarsi risultati. Alcuni autori propongono dall'infiltrazione con lidocaina del trigger point all'exeresi.

## ► Mastite

È abitualmente sostenuta da una proliferazione batterica, con corteo sintomatologico classico dell'infiammazione. La presentazione cutanea a "peau d'orange", anche se non sempre presente, è indicativa di stasi linfatica. Abitualmente le mastiti si distinguono in:

■ **puerperali**, dovute essenzialmente alla penetrazione di batteri (*S. Aureus* e altri gruppi di *Streptococcus*) dal capezzolo, a seguito della suzione del neonato che può determinare la formazione di ragadi e ulcere. Fattori favorevoli sono la stasi del latte materno, i cosiddetti galattoceli e scarse condizioni igieniche.

■ **non puerperali**: la penetrazione del patogeno può avvenire in modo simile tramite il capezzolo (gli episodi mastitici sono più frequenti nelle donne con capezzolo introflesso) o in modo diverso tramite ad anomalie genetiche dello sbocco dei dotti galattofori nel capezzolo, ad ectasia periduttale con ristagno di secrezioni, tramite ferite chirurgiche recenti, anche in questo contesto le scarse condizioni igieniche sono un fattore scatenante. Un'altra causa è quella radio-indotta durante radioterapia (radiodermite) per tumore mammario. Un discorso a parte merita la mastite carcinomatosa, una vera e propria infiammazione della ghiandola mammaria, comprensiva di tutto il corteo sintomatologico (può anche presentarsi in assenza di dolore) che è l'epifenomeno di un tumore mammario maligno in stadio avanzato. Essa si determina quando le cellule tumorali, numerose, bloccano lo sbocco linfatico dal seno, ostruendo meccanicamente i dotti linfatici.

• **Diagnosi, decorso e terapia**: assume un valore fondamentale l'esame microbiologico del siero/latte/pus (se

presente) intramammario e la conseguente impostazione della terapia antibiotica mirata in base all'antibiogramma (se positivo). Nella diagnosi risultano di primaria utilità la conferma ecografica dell'affezione mastitica (ispessimento marcato del sottocute) con eventuale riscontro di formazioni ascessuali, iperpiressia e l'eventuale necessità di eseguire un esame bioptico a tutto spessore della mammella "arrossata" (indispensabile per la diagnosi della mastite carcinomatosa). Anche in questo caso ad ogni eziologia dovrebbe corrispondere la giusta terapia. Il trattamento è riportato in *tabella 2*.

## ► Calcificazioni mammarie

Sono di riscontro radiologico e fanno parte di un normale processo fisiologico che avviene all'interno della ghiandola mammaria. Sono asintomatiche, l'eziologia è ancora oggetto di confronto, ma l'ipotesi è che sia dovuta ad un'alterazione del parenchima ghiandolare provocato da trauma, infezione o da un nodulo pre-esistente su cui si depositano sali di calcio.

• **Diagnosi, decorso e terapia**: le macrocalcificazioni, benigne nella quasi totalità dei casi, si formano su noduli pre-esistenti, quali cisti fibroadenomi e papillomi. Le microcalcificazioni sono anch'esse un processo fisiologico del parenchima della ghiandola, ma in una bassa percentuale dei casi possono anche rappresentare lo spettro di una neoplasia maligna sottostante, che si tratta il più delle volte di una lesione tumorale "in situ". Le microcalcificazioni sono "sospette" quando sono granulari, bastoncellari, lineari. Un'altra caratteristica sospetta è la luminosità delle microcalcificazioni, infatti più sono brillanti più si può sospettare una maggiore perico-

**Tabella 2**

### Treatmento della mastite

#### Mastite puerperale

1. Stop ad allattamento
2. Somministrazione di cabergolina per inibire montata latte
3. Antibiotici ad ampio spettro
4. Esame microbiologico per somministrare antibiotico mirato
5. Fans
6. In caso di ascesso o galattocele ascessualizzato valutare in base all'estensione il drenaggio chirurgico

#### Mastite non puerperale

*(per tutti i casi da contaminazione batterica valgono regole simili)*

1. Antibiotici ad ampio spettro
2. Esame microbiologico per somministrare antibiotico mirato
3. Fans e cortisonico locale

*In caso di ascesso valutare in base all'estensione il drenaggio chirurgico nel caso in cui la terapia antibiotica ad ampio spettro o mirata, l'utilizzo di Fans e cortisonici locali non sortisca nessun effetto è di estrema importanza eseguire un esame bioptico a tutto spessore (cute e sottocute) della mammella "arrossata" per escludere la possibilità di trovarsi di fronte ad una mastite carcinomatosa, la cui terapia prevede in prima battuta l'utilizzo di chemioterapia sistemica poi di una chirurgia demolitiva come mastectomia totale e linfadenectomia ascellare seguita da radioterapia.*

losità. Tutte le lesioni dubbie viste in mammografia devono essere indagate con ulteriori completamenti diagnostici come l'ecografia e la biopsia che può essere eco-guidata (se visibili in ETG), mammo-guidata (biopsia stereotassica, se si vedono solo in mammografia) e sotto guida della RM nei casi più sospetti.

**Bibliografia disponibile a richiesta**

# Innovativa chirurgia del russamento e OSAS

Al fallimento o al rifiuto dei trattamenti non invasivi in pazienti con disturbi respiratori del sonno a genesi retropalatale la “chirurgia del russamento e delle apnee del sonno mediante uso di fili autobloccanti” è un’innovativa tecnica chirurgica dai risultati incoraggianti

**N**ei pazienti affetti da disturbi respiratori del sonno (russamento e/o apnee) a genesi retropalatale che non abbiano tratto vantaggio dai trattamenti non chirurgici o non siano “complianti” (come si osserva spesso per la ventilazione respiratoria notturna a pressione positiva - CPAP) e che non siano affetti da patologie atte a controindicare un intervento in anestesia generale un innovativo approccio strumentale è rappresentato dalla “BSS - Barbed Snore Surgery”. La metodica è stata illustrata a *M.D.* dal Prof. **Mario Mantovani**, Specialista in Otorinolaringoiatria, Chirurgia Plastica, Chirurgia Maxillo-Facciale di Milano, consulente scientifico Sonnomedica, Milano, nonché l’ideatore dell’originale intervento.

La tecnica è nata presso i Centri universitari e ospedalieri come la UOC di Otorinolaringoiatria della Fondazione Ca’ Granda IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano ed oggi è applicata in diverse strutture.

## ► La tecnica

La BSS o “chirurgia del russamento e delle apnee del sonno mediante uso di fili autobloccanti” è basata sull’innovativa visione tridimensionale dell’anatomia distrettuale e sull’impiego di speciali materiali, i fili autobloccanti o “*Barbed sutures*”, particolarmente efficaci nel creare modificazioni strutturali persistenti nei tessuti senza necessità di demolizione della loro componente fibrosa e muscolare. Con questo intervento, che è stato il capostipite di tutta la BSS, è possibile correggere l’eccessiva collassabilità del velo palatino e delle pareti faringee corrispondenti, creando nel loro interno (in seno alla loro componente fibro-muscolare) un incremento della tensione strutturale mediante una trama di fili autobloccanti connessi a specifici appigli solidi circostanti. Questi fili, composti di materiale riassorbibile, sono destinati ad essere riassorbiti completamente nel giro di sei mesi: saranno le reazioni fibroci-

catriziali che si sviluppano in seno ai tessuti fibromuscolari strutturalmente modificati dall’intervento, già presenti a partire dalla terza o quarta settimana, a consolidare nel tempo i risultati.

## ► Vantaggi

I principali vantaggi di questo approccio chirurgico consistono nell’assenza di demolizione tissutale fibro-muscolare (quindi nella potenziale reversibilità entro le prime tre/quattro settimane, ripetibilità e buona tollerabilità dell’intervento), nella modulabilità del rimodellamento strutturale che si vuole ottenere (che può essere programmato caso per caso in base alle necessità dettate dai riscontri della “sleep endoscopy” preliminare all’intervento), assenza di complicanze e sequele disfunzionali, provata efficacia, e associabilità ad altre procedure chirurgiche distrettuali (chirurgia nasale, tonsillare, laringea). I risultati sinora ottenuti sono incoraggianti: l’assenza di complicanze e sequele disfunzionali invalidanti, frutto della non demolitività della procedura, e l’alto tasso di successo e gradimento da parte dei pazienti stanno confermando la validità della tecnica.

### La “sleep endoscopy” preoperatoria

L’affinamento delle procedure diagnostiche, in particolare l’introduzione routinaria della “sleep endoscopy” preoperatoria, ha consentito di raggiungere una personalizzazione della procedura sempre più accurata con una corrispondente miglioramento dei risultati ottenuti. La “sleep endoscopy” è una raffinata tecnica diagnostica che consente di esplorare endoscopicamente le vie aeree del paziente mentre l’anestesista gli somministra farmaci opportunamente dosati per ricreare una condizione analoga a quella del sonno naturale. Il paziente addormentato manifesterà i disturbi respiratori del sonno, così che si possa verificarne direttamente e con precisione la sede e il tipo di collasso delle pareti delle prime vie aeree esplorandole endoscopicamente. Nello stesso paziente sveglio sarebbe stato impossibile fare una diagnosi del genere: il comportamento della muscolature contenuta nello spessore del palato e della faringe in stato di veglia non ha nulla a che vedere con quello che succede durante il sonno.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Mario Mantovani

# Il delirium post-operatorio negli anziani

Un paziente sottoposto a intervento chirurgico che sviluppa uno o più episodi di delirium, dopo le dimissioni potrebbe sviluppare più precocemente una demenza. Prevenire lo sviluppo di delirium e della disfunzione cognitiva sono gli obiettivi della comunità scientifica

**I**l 38% delle persone sottoposte ad intervento chirurgico nel nostro Paese ha un'età maggiore di 65 anni. Questa categoria è più predisposta allo sviluppo di delirium postoperatorio, per di più in un contesto nel quale la popolazione anziana sta sempre più aumentando. Va considerato che il delirium nei pazienti anziani si manifesta nel 15% dei post-operati ma probabilmente anche più, e nell'ambito della chirurgia ortopedica addirittura fino a 7 pazienti su 10 potrebbero svilupparlo. Individuare dunque linee guida per la gestione del delirio post-operatorio, alla luce delle più recenti evidenze, è un impegno prioritario per la Società europea di anesthesiologia.

Il tema è stato illustrato a *M.D.* da **Federico Bilotta**, Coordinatore del gruppo di studio Siaarti "Neuroanestesia e Neurorianimazione".

Il delirium postoperatorio è tra le complicanze del decorso perioperatorio che, pur essendo stata identificata nella prima metà degli anni 50, è stata a lungo sottovalutata e nella maggior parte dei casi è stata considerata come una "fatalità", quasi con un atteggiamento di ineluttabilità. Al contrario le evidenze più recenti dimostrano che fattori di rischio specifici possono esserne la causa e che in alcuni casi il delirium postoperatorio può essere prevenuto e trattato. Siamo di fronte a una trasformazione dell'atteggiamento culturale nei confronti della disfunzione cognitiva post-operatoria.

## ► Definizioni

Vengono identificate due forme di alterazione delle funzioni cognitive nel postoperatorio: la Disfunzione cognitiva postoperatoria (POCD) ed il delirium post-operatorio (POD).

- La POCD è definita come un'alterazione persistente dello stato cognitivo anche dopo settimane dall'intervento che può essere dimostrata con test neuropsicologici, ma tipicamente è il paziente stesso ad avvertire un calo delle proprie capacità cognitive.
- Il POD insorge a breve distanza di tempo dall'intervento chirurgico, è acuto, fluttuante e transitorio. Il paziente presenta un disturbo dell'attenzione e consapevolezza. Vengono riconosciute tre forme di delirium: la forma ipercinetica, nella quale il paziente è agitato, disorientato; quella ipocinetica in cui il paziente appare sonnolente, stanco, apatico; la forma mista. L'incidenza del POD è sottostimata, in quanto molti casi non sono riconosciuti, soprattutto il delirium ipocinetico che è spesso confuso con forme di depressione tipiche dell'anziano. La diagnosi del delirium è prettamente clinica.

L'interesse verso questo argomento è giustificato dalla rilevanza clinica che il POD presenta nella storia di un paziente: maggiore sviluppo di complicanze, aumento della degenza in ospedale, aumento dei costi ed una più rapida evoluzione in senso peggiorativo di decadimento cognitivo già presente o latente.

Quindi un paziente che viene ricoverato e che sviluppa uno o più episodi di delirium, dopo le dimissioni, potrebbe sviluppare più precocemente una demenza o assisterne ad un peggioramento qualora già la presentasse.

## ► Fattori di rischio e prevenzione

Prima dell'intervento chirurgico è bene identificare i fattori che predispongono allo sviluppo di POD. Alcuni non sono modificabili (età avanzata, comorbidità), per altri esiste una possibilità di correzione, per esempio nel caso della disidratazione o della malnutrizione. Altri fattori riguardano la fase intraoperatoria. Farmaci come le benzodiazepine (impiegate spesso anche a domicilio) sono somministrate in premedicazione per alleviare l'ansia ma questa pratica clinica meriterebbe una rivalutazione perché faciliterebbe l'insorgenza di POD. Altri fattori sono riconducibili all'intervento chirurgico e nel tempo post-operatorio il cattivo controllo del dolore e la privazione sensoriale: l'invito è ottimizzare il controllo del dolore e favorire l'orientamento del paziente.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Federico Bilotta

# Come parlare di rischi iatrogeni ai pazienti

Il legame tra scienza e conoscenza visto attraverso la storia di una donna, al terzo mese di gravidanza e che assume una blanda dose di antidepressivi, spaventata dopo aver letto che il loro uso espone a maggior rischio di autismo i bambini

**Marco Bobbio** - Segretario Generale di Slow Medicine - Già Direttore Cardiologia - AO "Santa Croce e Carle" di Cuneo

**M**i telefona una giovane donna. Ha letto su *TIME* un trafiletto nel quale vengono riportati i risultati di una ricerca sul maggior rischio di autismo nei bambini le cui madri hanno assunto antidepressivi durante il 2° e 3° mese di gravidanza. La signora è incinta da tre mesi, prende una piccola dose di un inibitore della ricaptazione della serotonina ed è nel pánico. Ha telefonato alla ginecologa che le ha raccomandato di sospenderli, sostenendo però che nelle donne depresse non trattate aumenta il rischio di parto prematuro e di parto cesareo. Ha telefonato alla psicoterapeuta che le ha detto che può continuarli. Non sa cosa fare. Le suggerisco il nome di un ginecologo che conosco da anni come medico che unisce la competenza clinica con l'aggiornamento scientifico e con un tanto buon senso. Lo chiamo per sottoporgli il problema: non conosce l'articolo a cui fa riferimento *TIME* e mi chiede un paio di giorni per documentarsi.

## ► **Importanza della corretta comunicazione**

La signora mi richiama una settimana dopo: l'incontro con il ginecologo è stato rasserenante. Mi racconta che ha iniziato a farsi raccontare come sta affrontando la gravidanza, quali sono i suoi timori e i motivi per cui aveva iniziato la terapia antidepressiva. Le conferma che i dati sono tratti da una ricerca epidemiologica nella quale, incrociando numerose variabili, è stato osservato che l'aver fatto uso di antidepressivi

nei trimestri finali della gravidanza raddoppia il rischio di autismo nei bambini (*JAMA Pediatr* 2016; 170: 117-24).

Le spiega che, cercando nel testo, ha scoperto che il rischio di autismo è di 7 bambini ogni 1000 nati nelle madri che non hanno assunto antidepressivi e di 12 su 1000 nella altre: cinque bambini in più ogni 1000 neonati. Le fa notare che sono pochi, ma soprattutto che le madri in terapia antidepressiva erano più anziane, più assistite dai servizi sociali, meno istruite e in minor percentuale vivevano con un partner fisso: tutti fattori che influiscono sul fatto che un bambino diventi autistico. Le analisi statistiche correggono i dati per le variabili che possono influenzare il risultato (variabili di confondimento), ma questo non esclude che altre caratteristiche, non prese in considerazione, contribuiscano a facilitare la comparsa di un disordine autistico. Inoltre le donne gravide in terapia antidepressiva erano affette da gravi malattie psichiatriche (sindromi bipolari, depressione, schizofrenia, disordini dissociativi, ossessivi, fobici). "Mi ha davvero fatto ridere - ha aggiunto la signora - quando mi ha detto: 'ma le sembra credibile che se una donna schizofrenica, fobica o ossessiva, senza partner, assistita dai servizi sociali, ha un bambino autistico, si debba far risalire la causa all'uso degli antidepressivi in gravidanza?'"

Il ginecologo le ha spiegato che le ricerche epidemiologiche definiscono una relazione di tipo statistico tra due eventi, ma non è detto che ci sia un rapporto diretto di causa-effetto, e soprattutto che è metodologicamente scorretto trasportare i dati epidemiologici al rischio di un

singolo individuo. Per spiegarle che certe associazioni statistiche si scoprono per caso, le ha raccontato di una ricerca degli anni '80 nella quale si dimostrava che l'aspirina riduceva la mortalità nei pazienti con infarto, ma non in chi era nato sotto il segno dei Gemelli e della Bilancia (*Lancet* 1988; 2: 349-60). I pazienti infartuati nati in quei periodi dovrebbero astenersi dall'assumere l'aspirina?

Il ginecologo è passato infine a farsi raccontare in cosa consistessero i suoi disturbi.

"Ma lo sa - mi dice la signora - che descrivendo i sintomi mi rendevo conto che il mio malessere non aveva nulla a che fare con quelle malattie psichiatriche, ma si trattava di un disturbo facilmente controllato con la psicoterapia e una blanda terapia di sostegno. In quel momento ho capito che sto vivendo un periodo così felice della mia vita che ogni disturbo si è volatilizzato".

Il ginecologo la rassicura, dicendole che i motivi per cui ha iniziato l'antidepressivo non hanno nulla a che vedere con quelli delle donne della ricerca e che può provare a ridurre e sospendere la terapia, sapendo che potrà ricominciarla quando dovesse ricomparire qualche segno di disagio. Anzi, le dice, lo riprenda verso la fine della gravidanza, come supporto nel puerperio, che è un periodo emotivamente critico per tutte le donne.

"È un grande, quel ginecologo" mi ringrazia la signora". Per me è un medico slow.

Tratto da [www.slowmedicine.it/parliamo-di.html](http://www.slowmedicine.it/parliamo-di.html), uno nuovo spazio per condividere riflessioni e pensieri dei colleghi, per approfondire temi di attualità e per proporre di nuovi