M.D.

MEDICINAE DOCTOR Anno XXIV, numero 8 - novembre-dicembre 2017

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

In questo numero

PROSPETTIVE 6

Innovarsi o estinguersi: il dilemma sul futuro della MG in Italia

RASSEGNA 32

Farmaci e strumenti di primo soccorso nella borsa del medico

RICERCHE 38

L'attività fisica come fattore protettivo per la fibrillazione atriale

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

foto di Matteo Porro

Federico Cabitza

IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano
Dipartimento di Informatica, Sistemica e Comunicazione
Università di Milano-Bicocca

Intelligenza artificiale in Medicina: attenzione a non sottovalutare i rischi

M.D. MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile
Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.
Massimo Bisconcin, Claudio Borghi, Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione
Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Pubblicità
Teresa Premoli
Sara Simone

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

Amministratore unico
Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
  Intelligenza artificiale in Medicina: attenzione a non sottovalutare i rischi 5
- **Prospettive**
  Innovarsi o estinguersi: il dilemma sul futuro della MG in Italia 6
- **Professione**
  La rete delle medicine di gruppo che migliora l'adesione alla cura 8
- **Tribuna**
  Investire in salute è un affare? Sì, ma il Governo taglia i fondi 9
- **Proposte**
  La ricetta del Sumai per il rilancio dell'assistenza territoriale 10
- **Osservatorio**
  La sfida del cambiamento: da struttura per la cura a servizio per la presa in carico 11
- **Legislazione**
  Irricevibile la riforma degli Ordini sanitari 16

AGGIORNAMENTI

- **Dermatologia-Allergologia**
  Come affrontare l'orticaria cronica spontanea 20
- **Diabetologia**
  Curare la parodontite riduce l'emoglobina glicata 21
- **Geriatria**
  Proposta per migliorare l'appropriatezza prescrittiva 22
- **Ipertensione arteriosa**
  Linee guida ACC/AHA 2017: stretta sui valori pressori 23
- **Nefrologia**
  Novità contro l'iperparatiroidismo secondario in pazienti in emodialisi 24
- **Neurologia**
  Ictus giovanile, una patologia in aumento? 25
- **Oftalmologia**
  Raccomandazioni condivise per la sindrome dell'occhio secco 26
- **Oncologia**
  Tumore mammario, la sfida continua su tutti i fronti 27
- **Traumatologia e Ortopedia**
  Chirurgia robotica in ortopedia, una realtà in sviluppo 28
- **Vaccinazioni**
  Influenza, pneumococco, H. zoster: vaccinazioni chiave per gli anziani 29

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
  La settimana di un medico di famiglia 30
- **Rassegna**
  Farmaci e strumenti di primo soccorso nella borsa del medico 32
- **Pratica medica**
  Cheratite da Acanthamoeba: segni, sintomi e complicanze 35
- **Ricerche**
  Fibrillazione atriale e attività fisica: una relazione causa/effetto? 38
- **Epidemiologia**
  La salute degli immigrati irregolari 40
- **Riflessioni**
  Il caregiver del paziente oncologico 42
- **Counselling**
  Ostacoli interiori alla compassione 44
- **Monitor**
  L'asma grave rappresenta una sfida corale 46

Intelligenza artificiale in Medicina: attenzione a non sottovalutare i rischi

"Le aspettative che i medici e i pazienti nutrono nei confronti del possibile ruolo che sistemi a supporto delle decisioni basate sull'intelligenza artificiale possano avere sulla clinica sono un po' sbilanciate, in certi casi anche esagerate". Ne è convinto **Federico Cabitza,** ingegnere informatico di Milano*, autore, insieme ad altre insigni firme del mondo medico, dell'articolo *Unintended Consequences of Machine Learning in Medicine* (*Jama* 2017; 318 (6): 517-518).

"Attraverso quell'articolo - dichiara Cabitza a *M.D. Medicinae Doctor* - io e i miei co-autori abbiamo voluto focalizzare l'attenzione sulla mancanza di un dibattito sui rischi relativi ad un'ampia e 'acritica' diffusione delle tecnologie informatiche e dell'intelligenza artificiale nella pratica medica. In gioco ci sono le modalità in cui la conoscenza medica e il saper fare del clinico sono acquisiti, costruiti socialmente e valorizzati nell'interazione con i pazienti. Il pericolo è quello di delegare alle 'macchine' non semplici calcoli aritmetici o operazioni manuali sui dati, bensì l'interpretazione di fenomeni complessi attraverso semplici misure di accuratezza diagnostica".

"Tra le criticità evidenziate nell'articolo - precisa Cabitza - ce n'è qualcuna che ci preoccupa più di altre. La prima è associata all'imperscrutibilità dell'algoritmo (*black-boxing*), e cioè al fatto che i sistemi informatici più accurati di supporto diagnostico non sanno fornire spiegazioni ai suggerimenti che elaborano e forniscono. Quindi il loro utilizzo nella pratica medica quotidiana potrebbe comportare una perdita progressiva di competenze semiotiche da parte dei medici (*deskilling*) e di autonomia (*overreliance*). I medici potrebbero sviluppare un eccessivo affidamento al supporto tecnologico con conseguente dipendenza (*over-dependence*). Una dipendenza che avrebbe degli esiti negativi soprattutto quando il supporto informatico verrebbe a mancare per qualsiasi motivo, anche per un problema tecnico: le prestazioni potrebbero peggiorare di colpo, o addirittura arrestarsi".

"Ma il problema peggiore e di lungo termine - continua Cabitza - che intravedo nell'attuale adozione di sistemi di intelligenza artificiale in Medicina, soprattutto di quelli 'oracolari', tanto accurati quanto imperscrutabili, è l'accettazione da parte dei medici e pazienti di quella che Max Boisot chiamava codificazione e che oggi, sempre più spesso è denotata come datificazione. Cioè la trasformazione di condizioni cliniche e segni clinici 'analogici' per loro natura, valorizzati nell'interazione tra medico e paziente, in insiemi strutturati di codici, categorie e valori misurati su scale quantitative. Per tutti questi motivi sono convinto che c'è bisogno di un approccio basato sulle prove di efficacia o evidenze anche per l'applicazione dell'intelligenza artificiale in Medicina".

*IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano
Dipartimento di Informatica, Sistemica e Comunicazione
Università di Milano-Bicocca

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

Innovarsi o estinguersi: il dilemma sul futuro della MG in Italia

Possiamo evitare l'emarginazione ed il rischio di estinzione, attuare i principi della "medicina d'iniziativa" e dare avvio all'era della "medicina di prossimità", a beneficio dei cittadini e a salvaguardia del Ssn. Lo possiamo fare partendo dai nostri punti di forza: capillarità, facilità di accesso, rapporto fiduciario, conoscenza del contesto, visione olistica… e dando un nuovo impulso alla Formazione Specifica in Medicina Generale il cui programma formativo andrà adeguato alle nuove esigenze professionali

Vincenzo Contursi
Responsabile Area Cardiovascolare e Scuola di Alta Formazione SIICP

Mai come in questi ultimi tempi si registra nel nostro Paese una "crisi di sistema", con un progressivo definanziamento della sanità pubblica, contrapposto alla evidente difficoltà degli organismi politico-amministrativi nel pianificare e realizzare un progetto credibile di ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale che lo renda economicamente sostenibile, preservandone al tempo stesso efficacia ed equità.
Stiamo assistendo viceversa ad una crescente burocratizzazione ed ingerenza della politica nella sanità, tra agenzie regionali, commissari, manager, dirigenti e un ipertrofico apparato burocratico-amministrativo, che non solo distoglie risorse economiche e tempo dalle cure mediche, ma pretende di amministrare la sanità svuotando di autonomia la professione medica, limitandone la libertà di curare e assoggettandola ad algoritmi economicistici sulla base di una supposta "sostenibilità".
La realtà è che si stanno sempre più riducendo i livelli reali di assistenza e fasce sempre più larghe di popolazione non accedono alle cure per difficoltà economiche, mettendo così a rischio uno dei diritti fondanti della nostra Costituzione e di una società civile: il diritto alla tutela della salute.
In questo scenario, la Medicina Generale sta vivendo a sua volta un momento particolarmente difficile. Da un lato la disciplina deve difendersi dalla applicazione di modelli gestionali che, in controtendenza rispetto agli orientamenti governativi auspicati dall'OMS e da tutti gli organismi di politica sanitaria internazionale, tendono a marginalizzare la Medicina Generale espropriandola del rapporto fiduciario con il cittadino portatore di cronicità e appaltando la gestione della cronicità stessa a soggetti "terzi" non sempre ben identificati, attraverso PDTA predefiniti a "costo fisso" (DRG territoriali) costruiti al di fuori della professione.
Un disastro annunciato. Specie in un Paese in cui mai è stato normato e incentivato seriamente il comparto della "sanità Integrativa" (polizze e mutue), come da anni sta avvenendo in altri Paesi della sfera occidentale.
Dall'altro la disciplina deve decidere di ammodernarsi ed agire di conseguenza per affermare il suo ruolo di attore principale delle Cure Primarie e di garante per il cittadino.

Le forme associative

L'esigenza di attribuire al medici di medicina generale nuovi compiti e nuove competenze, ampliandone anche le capacità diagnostiche, e la necessità di dare definitivamente il via al processo di riorganizzazione e riqualificazione della sanità territoriale attraverso un forte indirizzo verso lo sviluppo di Forme Associative Complesse a crescente livello d'integrazione professionale (Aggregazioni Funzionali, UCCP-Uni-

tà Complesse Cure Primarie) deriva innanzitutto da considerazioni di carattere epidemiologico che riguardano l'attuale scenario sanitario italiano ed europeo.
Attualmente un medico di famiglia ha in carico, nella popolazione assistita, circa il 6% di diabetici, il 35% di ipertesi, il 10% di pazienti con pregressi eventi cardiovascolari (IMA, ictus, interventi di rivascolarizzazione, arteriopatia aterosclerotica…) il 2% con scompenso cardiaco cronico; a questo si aggiunge la crescente incidenza di malattie respiratorie e BPCO (terza causa di morte in Italia), patologie oncologiche, malattie osteoarticolari degenerative, demenza senile, disturbi psichiatrici; non ultimo il problema dell'assistenza ai pazienti in fase terminale e quello delle cure palliative. Senza dimenticare la gestione delle patologie acute comuni e di quelle ad alto impatto sociale (epidemie influenzali). Il campo d'azione della Medicina Generale è quindi vastissimo, molto più di quello vantano la gran parte delle specialità; si estende su tutti i campi della clinica e richiede capacità gestionali e relazionali di prim'ordine.

I punti di forza su cui investire

Le Cure Primarie devono evolvere rapidamente per consentire una nuova gestione del territorio, per fornire risposte adeguate alle mutate esigenze sanitarie dei cittadini e fornire percorsi di cura migliori e più appropriati, in particolare per la presa in carico globale del paziente cronico.
La Medicina Generale, partendo dai suoi punti di forza (capillarità, facilità di accesso, rapporto fiduciario, conoscenza del contesto, visione olistica…) deve quindi spostare in alto il proprio livello professionale abituandosi all'uso delle nuove tecnologie e della diagnostica di primo livello, investendo culturalmente sul proprio futuro, sia nella Formazione Specifica in Medicina Generale (il cui programma formativo andrà adeguato alle nuove esigenze professionali) che lungo l'intero percorso professionale.
Nasce così l'esigenza di formare il Medico di Medicina Generale con Interessi Speciali, detto anche semplicemente "Mmg Esperto", ruolo non ancora riconosciuto a livello istituzionale in Italia, ma che risponda alla necessità di riprogettare la struttura organizzativa dell'ambito delle Cure Primarie sviluppando un livello intermedio delle cure, oggi assente, consono al profondo cambiamento in corso dello scenario sanitario, caratterizzato dallo spostamento in avanti di tutti i livelli di cura verso standard a sempre maggiore competenza e complessità, in ragione del progresso tecnologico nelle scienze mediche da un lato e delle sempre maggiori attese di salute e di qualità di vita della popolazione generale, dall'altro.

General Practitioner with Special Interest

Il "Medico di Medicina Generale con Interessi Speciali", oltre a continuare a svolgere principalmente le funzioni tradizionali del suo ruolo, sviluppa un "particolare interesse", e quindi competenze cliniche, in un particolare ambito (patologia ad alta prevalenza, afferente ad una specifica disciplina medica…) cui dedica parte del suo tempo lavorativo nell'ambito delle attività associative in una logica di *team* multi-professionale (MMG; infermiere; Specialista Ambulatoriale; …). Questo nuovo profilo professionale si prefigge uno o più dei seguenti obiettivi:
• Clinici: miglioramento della qualità assistenziale in ambito territoriale, relativamente a quelle patologie a più alta prevalenza e di maggior interesse per le Cure Primarie, rendendo anche più appropriato l'accesso alle cure di secondo livello e delocalizzando nel contempo alcune prestazioni (diagnostica di primo livello) più vicino al cittadino e contribuendo alla riduzione delle liste d'attesa e dei ricoveri impropri.
• Gestionali: attuazione della Medicina di Iniziativa, attraverso l'identificazione per classi di rischio o specifiche condizioni cliniche dei soggetti cui indirizzare gli interventi clinico-assistenziali; programmazione, organizzazione e coordinamento delle attività assistenziali, attraverso la definizione di PDTA affidati alle Forme Associative Complesse delle Cure Primarie.
• Formativi: promozione della formazione continua e tutoraggio "in loco", nell'ambito del proprio speciale interesse, rispetto sia agli altri colleghi che alle altre figure del team di cure primarie quali per esempio infermieri, dietisti, fisioterapisti, ecc…
Solo realizzando questo percorso di crescita professionale ed organizzativa la Medicina Generale potrà evitare l'emarginazione ed il rischio di estinzione; e sarà pronta per affrontare le sfide del prossimo futuro: attuare i principi della "medicina d'iniziativa" e dare avvio all'era della "medicina di prossimità", a beneficio dei cittadini e a salvaguardia del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

La rete delle medicine di gruppo che migliora l'adesione alla cura

È alta la percentuale di adesione dei pazienti affetti da cronicità agli accertamenti periodici previsti dai PDTA nelle Medicine di Gruppo Integrate del Veneto. È quanto si evince dai dati del Progetto "Arcipelago" promosso nella Regione dalla Simg che ha coinvolto 107 medici e più di 120mila cittadini del Veneto

La rete delle Medicine di Gruppo Integrate, le nuove forme associative della medicina generale previste dagli accordi tra la Regione Veneto e le organizzazioni sindacali della medicina di famiglia, funziona e permette di migliorare lo stato di salute dei pazienti. Una chiara conferma arriva dai dati del Progetto "Arcipelago" promosso in Veneto dalla Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg) che ha riunito in un solo *network* nove medicine di gruppo integrate, coinvolgendo 107 Mmg e più di 120mila cittadini. I dati preliminari dell'iniziativa, avviata all'inizio del 2016, sono significativi: il 70-80% dei pazienti è stato sottoposto agli accertamenti periodici previsti dal percorso diagnostico terapeutico assistenziale del diabete (ad esempio misurazione dell'emoglobina glicata e del peso e ispezione del piede), rispetto a una media nazionale pari al 45-50%. L'85% dei malati con scompenso cardiaco ha effettuato una visita completa (con registrazione del peso, della pressione arteriosa ed esami di laboratorio) rispetto al 50% a livello nazionale. Le persone in terapia anticoagulante possono ricevere l'intero percorso di sorveglianza previsto dalle linee guida presso il proprio medico di famiglia, con maggiore sicurezza e accessibilità e con elevate percentuali di gradimento. Analoga attività è prevista anche per i pazienti con bronchite cronica, che possono eseguire la spirometria di base negli studi del loro medico. Anche le attività di prevenzione hanno avuto un impatto importante: il calcolo del rischio cardiovascolare è diventata prassi abituale e la vaccinazione antinfluenzale ha raggiunto più del 60% degli over 65 (40% Italia). "Pur in un breve periodo - ha specificato **Maurizio Cancian**, presidente Simg Veneto - abbiamo già notato un netto miglioramento di diversi obiettivi di salute".

Un'efficace presa in carico dei pazienti

"Abbiamo collaborato per realizzare strumenti informativi, percorsi e soluzioni volti a migliorare l'attività prevista dal contratto di esercizio siglato fra le organizzazioni sindacali e la Regione Veneto - ha spiegato **Claudio Cricelli**, presidente nazionale Simg -. Le nove medicine di gruppo integrate stanno lavorando da un anno e mezzo, confrontandosi ed individuando percorsi di formazione e soluzioni organizzative. Questo modello organizzativo funziona e le attività implementate migliorano l'efficacia e l'efficienza del prezioso lavoro dei medici di famiglia. Sono risultati importanti, ottenuti perché nelle Medicine di Gruppo Integrate camici bianchi, infermieri e assistenti di studio lavorano insieme. Rispetto alla media nazionale in cui la maggioranza dei clinici opera da sola, la struttura multiprofessionale permette questo tipo di presa in carico dei cittadini. In queste strutture l'organizzazione è proattiva: il paziente viene convocato e informato, fissando appuntamenti per i controlli successivi. Da un lato i medici dispongono di più tempo da dedicare ai pazienti per personalizzare le cure. Dall'altro, i cittadini aderiscono con più precisione alle indicazioni sui corretti stili di vita e sull'assunzione delle terapie, per cui è possibile ottenere risultati migliori".

"Sono in atto progetti di riorganizzazione della medicina generale - ha sottolineato Cricelli - in Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana, ma diversi dal modello veneto che si distingue non solo per l'organizzazione, ma anche per gli obiettivi che implicano un percorso di miglioramento: cioè non viene solo modificata la struttura (da medici singoli a gruppi), ma sono implementate le buone pratiche di cura che vengono misurate".

Investire in salute è un affare? Sì, ma il Governo taglia i fondi

Il parere di insigni economisti non è in linea coi nostri ministri dell'Economia e della Salute perché anche nella prossima finanziaria i tagli sono costanti e il trend è quello degli scorsi anni, in discesa!

Michele Valente - *Medicina Generale, presidente OMCeO, Vicenza*

I medici lo vanno sostenendo da sempre ma ora lo hanno detto a chiare lettere anche eminenti economisti, riunitisi recentemente a Trento: investire in salute non ha solo un ritorno sociale ma anche un forte valore economico. "La sanità-ha detto il rettore dell'Università trentina, **Innocenzo Cipolletta** - non va vista come un costo ma è anche una spesa in innovazione, ricerca e tecnica che produce valore". Gli ha fatto eco **Gregorio De Felice** sottolineando che "se portassimo la spesa per la prevenzione dal 4,2% al 5%, spendendo 900 milioni in più all'anno, avremmo una riduzione della spesa sanitaria del 3% pari a 4,5 miliardi di euro. Non conosco un altro investimento tanto remunerativo!"

Il parere di insigni economisti non è evidentemente in linea col nostro ministro dell'Economia e con il ministro della Salute perché anche nella prossima finanziaria i tagli sono costanti e il trend è quello degli scorsi anni, in discesa! Un trend che dal già scarso 6.90% del Pil nel 2013 calerà al 6.50% nel 2019.

In compenso la spesa verso la sanità privata nel biennio 2013-2015 ha fatto segnare un incremento del 3.2% a fronte di un misero 1.7% del consumo delle famiglie. Ammontano a ben 34,5 miliardi di euro (dato del 2015) gli euro spesi dagli italiani per curarsi dai privati. Si stima che siano oltre dieci milioni a ricorrere ai privati e di questi il 72.6% dichiara di farlo a causa delle liste d'attesa sempre più lunghe del Ssn. Un pesante obolo pagato per l'inefficienza della Sanità Pubblica.

Per il Ssn spendiamo poco e male

Hai voglia a leggere che "*la tutela della salute non serve solo a garantire un diritto individuale ma anche l'interesse della comunità*" e che spendere in sanità "*vuol dire spendere in tecnologie, dare un lavoro qualificato a molte persone in un settore che per sua natura non può essere delocalizzato*". Caro Cipolletta, Lei ha ragione, non è possibile delocalizzare la salute, ma in Italia a delocalizzarsi ormai sono i medici. Lo fanno perché non hanno prospettive nel nostro Paese. Lo fanno per disperazione!

Perché in Italia si spende poco e si spende male: sui Lea risultano inadempienti il 30% delle Regioni: ma dove finiscono i nostri soldi? Non raggiungere gli obiettivi significa imporre ai cittadini servizi di serie B, quando va bene, ma il più delle volte anche di serie C. Il Direttore generale della Commissione europea Salute e consumatori, **Paola Testori Coggi**, scrive che "*garantendo l'accesso universale a servizi di assistenza sanitaria si può ridurre la povertà e combattere l'emarginazione sociale*" e che "*investire in salute significa investire in personale sanitario efficiente*". Capito Ministro? Ci riempiamo tanto la bocca con l'Europa ("ce lo chiede l'Europa" è la classica frase dei politici quando chiedono sacrifici agli italiani), ma quando non fa comodo, allora chissene? Investire in capitale umano non vuol dire sospendere il turnover negli ospedali, non vuol dire portare i Mmg all'esasperazione, tanto da chiudere gli ambulatori e non significa neppure stressare i medici ospedalieri con turni massacranti. Esagerazioni, dicono a Venezia? Leggiamo allora cosa dice un medico anestesista in un'intervista rilasciata a *Repubblica*. "*Gli ospedali sono considerati macchine che devono rendere, gestiti da economisti che non vivono in corsia, in prima linea con i ricoverati. Mentre i medici sotto stress, sottopagati, sotto pressione e senza possibilità di incidere sull'organizzazione non ce la fanno più. E chi paga sono i pazienti.*"

Investire in innovazione, ricerca e tecnica nella Sanità produce di sicuro un valore e un guadagno (Sanità privata docet) purchè non vada a scapito del personale medico e infermieristico e risparmiando sulla pelle pazienti. Caro Ministro Lorenzin, caro Presidente Zaia, non è così che funziona!

• *L'articolo è stato pubblicato anche sul Giornale di Vicenza nella rubrica Stetoscopio*

La ricetta del Sumai per il rilancio dell'assistenza territoriale

Il Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani nel 50° Congresso, svoltosi di recente a Salerno, ha delineato una nuova presa in carico del paziente sul territorio attraverso l'attuazione di vere équipe territoriali con tutti gli attori che vi operano, ognuno con pari dignità e specificità, ricoprendo il proprio ruolo

Puntare su una vera riorganizzazione del territorio avendo come riferimento il Piano Nazionale delle Cronicità, valorizzando tutte le figure professionali che vi operano. È questo in sintesi l'obiettivo della proposta del Sumai- Assoprof, delineata dal segretario generale **Antonio Magi** durante lo svolgimento del 50° Congresso Nazionale, svoltosi di recente a Salerno. La novità è rappresentata dal fatto che il Sumai suggerisce di prendere in carico il paziente sul territorio, anche in fase acuta, nel caso di un previsto ricovero entro le 24 ore prima dell'ammissione alla degenza e poi, in ospedale, dallo specialista e l'infermiere ospedaliero. Elemento imprescindibile: l'attivazione di percorsi clinico-assistenziali per la fase post-acuta.

"La foto di gruppo del Ssn, delle cure sempre meno sotto l'ombrello dello Stato - ha sottolineato Magi nella sua relazione congressuale - ci consegna un sistema che rischia di lacerarsi. Con sperequazioni sempre più evidenti e pericolose. Adesso addirittura c'è chi vuole convincerci del fatto che i cittadini che spendono per l'assistenza sanitaria di tasca propria (solo chi può) siano una grande opportunità per il Ssn. Il rischio è che si ritorni a 37 anni fa con un sistema mutualistico e con i fondi sanitari integrativi voluti fortemente e sponsorizzati da alcuni gruppi economici."

La presa in carico

"La nostra proposta per il rilancio del territorio - evidenzia Magi - è la seguente: che il paziente venga preso in carico sul territorio anche in fase acuta nel caso di un previsto ricovero (dove viene precocemente valutato da una equipe composta dal Mmg, dallo specialista ambulatoriale e dall'infermiere) entro le 24 ore prima dell'ammissione alla degenza e poi in ospedale dallo specialista e l'infermiere ospedaliero, che lo prenderanno successivamente in carico per identificarne il possibile fabbisogno assistenziale nella fase post-acuta di dimissione".

▸ *Piano di Assistenza Individuale*. Al termine della valutazione si procede alla definizione del PAI. Elemento imprescindibile per la riuscita del processo è l'attivazione di percorsi clinico-assistenziali per la fase post-acuta di carattere domiciliare (ADI), in strutture residenziali o semiresidenziali e di Assistenza Domiciliare Ospedaliera (ADO). Il tutto va concordato con l'Azienda Territoriale.

▸ *PDTA strumento di governance.* "Per facilitare i percorsi assistenziali di integrazione ospedale-territorio - ha aggiunto Magi - bisogna sfruttare le tecnologie informatiche a disposizione per effettuare il monitoraggio e le conseguenti valutazioni clinico assistenziali dei pazienti con la realizzazione di un network di telecomunicazioni che vede coinvolti paziente, Mmg territoriale e ospedale. In questo modo l'assistenza territoriale costituisce un sistema che integra, con i PDTA, gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale convenzionata interna, sia territoriale sia ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della collettività (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni 'globali' e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi *caregiver* di riferimento. Inoltre il PDTA sì può considerare uno strumento di *governance*, perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti della filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multi-centricità e il valore dei contributi di ognuno".

La sfida del cambiamento: da struttura per la cura a servizio per la presa in carico

Soluzioni e strategie messe in campo dell'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario e dell'ASST di Monza per rispondere ai dettami della riforma sanitaria lombarda che pone le basi per adeguare il Ssr alle nuove complessità assistenziali determinate dall'incremento dell'aspettativa di vita e l'aumento delle condizioni di cronicità

Giuseppina Panizzoli - *Direttore Generale ASST della Valtellina e dell'Alto Lario*
Matteo Stocco - *Direttore Generale ASST di Monza*

Sono diversi i contesti nei quali dare attuazione alla riforma sociosanitaria introdotta in Lombardia con l'approvazione della Legge Regionale 23/2015 che ha rappresentato non una semplice revisione legislativa, ma l'evoluzione del Servizio Socio Sanitario lombardo dettata dalla necessità di porre le basi per adeguare il Servizio alle nuove complessità dei prossimi decenni, quali l'incremento dell'aspettativa di vita e l'aumento delle condizioni di cronicità. La ASST della Valtellina e dell'Alto Lario assiste una popolazione di 237.379 abitanti dislocati su un territorio di 3.795 kmq, con 5 presidi ospedalieri e un numero complessivo di posti letto ordinari pari a 1.409 dislocati su un territorio caratterizzato da un assetto montano. La ASST di Monza invece, con due presidi ospedalieri, copre attività sanitarie per una popolazione di 600.000 persone che vivono sull'area, con 1100 posti letto e 31 sale operatorie, sede primaria di scuola di specialità dell'Università di Milano Bicocca. L'applicazione della nuova normativa richiede l'individuazione di soluzioni specifiche e l'adozione di strategie atte ad offrire risposte ai molteplici e complessivi bisogni di salute della popolazione, a partire dalle esigenze dei cittadini fragili o cronici, volte a garantire omogeneità ed equità di prestazioni.

In entrambi i casi un'approfondita analisi ha permesso di disegnare la nuova organizzazione aziendale, declinata nel piano organizzativo aziendale strategico, che evidenzia un modello di organizzazione in grado di rispondere in modo efficace ed efficiente ai nuovi bisogni di cura e di fornire gli strumenti organizzativi indispensabili all'integrazione degli ospedali con i servizi territoriali, mediante specifici processi di 'presa in carico'.

Due realtà a confronto

La ASST della Valtellina e dell'Alto Lario

Per rispondere al bisogno di integrazione e continuità delle cure, la ASST della Valtellina e dell'Alto Lario ha sviluppato un modello organizzativo che potesse garantire tutte le attività e i servizi della filiera erogativa. La scelta di organizzare un Dipartimento cronicità e fragilità, a cui afferiscono sia i reparti ospedalieri che i servizi territoriali deputati alla cura del paziente fragile e/o cronico, nasce dal bisogno di costituire un unico centro di responsabilità che coordini tutti gli interventi erogati per garantire appropriatezza ed efficienza del sistema. Il dipartimento, a prevalente orientamento ospedaliero, nasce dall'integrazione tra strutture provenienti dai Dipartimenti di riabilitazione e di medicina che, per complessità e numerosità delle prestazioni rese, si rivolgono, prioritariamente, a persone anziane con problemi connessi a patologie croniche o eventi acuti tipicamente correlati a situazioni di fragilità o non autosufficienza. Al Dipartimento vengono altresì attribuite l'Unità organizzativa semplice dipartimentale cronicità e continuità assistenziale e la Unità organizzativa semplice dipartimentale cure palliative, entrambe a prevalente contenuto territoriale, alle quali viene affidato il coordinamento dei posti letto delle cure subacute. Il dipartimento va a completamento del percorso di reingegnerizzazione aziendale per la costruzione di processi e percorsi orizzontali di presa in carico delle persone in condizione di cronicità complessa e di fragilità e garantisce il governo clinico della continuità di cura fra ospedale e

territorio. L'afferenza del Dipartimento cronicità e fragilità alla Direzione socio sanitaria consente una visione integrata e globale delle problematiche emergenti e garantisce un approccio multidimensionale tale da realizzare pienamente l'obiettivo di integrazione tra ospedale e territorio e da assicurare l'appropriatezza dei percorsi attivati nella fase successiva ad un ricovero ospedaliero.
Al fine di fare fronte all'esigenza di individuare una struttura che potesse essere anche visivamente e fisicamente ben indentificata dalla popolazione, quale punto di riferimento per l'erogazione di servizi per la cronicità e la fragilità, si è proceduto alla trasformazione del Presidio ospedaliero di Morbegno in Presidio ospedaliero territoriale (POT) evolvendo così la mission da struttura per la cura dell'acuzie a servizio per la presa in carico, al fine di garantire ai cittadini cronici e/o fragili i servizi sanitari e sociosanitari più adeguati e più prossimi ai loro bisogni di salute.
I POT sono, infatti, individuati dalla Legge di Riforma come «Strutture multiservizi deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e Socio Sanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici» e rappresentano la prima trincea sul territorio per fare fronte all'inappropriatezza e per raggiungere una maggiore integrazione tra ospedale e territorio. La funzione dei POT è da inquadrare come la risposta ad un contesto di transizione demografica che non può più essere l'assistenza ospedaliera che, a fronte di costi elevati, genera scarsi benefici. Nel mutamento dell'asse assistenziale 'dalla corsia' al territorio, i POT assumono la duplice caratteristica di essere la struttura fisica territoriale integrativa e in parte alternativa ai nosocomi, soprattutto per utenti che spesso si rivolgono impropriamente al pronto soccorso. In questo senso i POT, possono anche rispondere all'esigenza di evitare il ricovero in residenze sanitarie assistenziali (RSA) o in strutture di cure intermedie scongiurando l'allontanamento dell'utente fragile dal proprio domicilio.
È all'interno del POT, funzionalmente inquadrato nel Dipartimento cronicità e fragilità, che trova luogo la sperimentazione delle modalità di presa in carico del paziente cronico e/o fragile, per la cui realizzazione è stata costituita l'unità valutativa multidimensionale (UVM) che ha il compito di raccogliere e individuare nel dettaglio tutti i bisogni del paziente e della sua famiglia e di elaborare una risposta personalizzata nel contesto territoriale e abitativo in cui la persona è inserita. L'équipe è costituita da medico, psicologo, assistente sociale e infermiera professionale.
La valutazione multidimensionale si configura come un processo diagnostico a più livelli, in cui intervengono più operatori con professionalità e competenze diverse, in campo sanitario e sociosanitario. La valutazione multidimensionale è centrale per la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale, finalizzato a tutelare la dignità della persona, riconoscendo la famiglia quale ambito privilegiato di vita. Gli obiettivi della valutazione possono essere così sintetizzati:
- garantire servizi di assistenza domiciliare integrata;
- assicurare, nel percorso di dimissione ospedaliera, la continuità assistenziale della persona fragile con la presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- coinvolgere nel percorso di cura i medici ospedalieri, gli specialisti ambulatoriali e i medici di medicina generale;
- includere nel progetto di assistenza individuale gli operatori degli Uffici di piano e del Terzo settore;
- individuare un'allocazione temporanea del fragile come sollievo al *care giver*;
- ipotizzare misure economico assistenziali a sostegno della famiglia (RSA aperta, RSA leggera, ricoveri di sollievo…).

Il fulcro di questo modello organizzativo è una modalità di lavoro per processi orizzontali che integra e completa la classica articolazione organizzativa basata su discipline, competenze e attività, assicurando la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, affiancando le persone croniche e/o fragili e le loro famiglie.
Si passa, infatti, da un modello che presuppone una logica verticale delle cure, intese come sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici e assistenziali a cui corrisponde un numero uguale di responsabilità ad un modello in cui la presa in carico si basa sulla capacità di mettersi a fianco del paziente e della sua famiglia, accompagnandolo ed indirizzandolo, in una logica di unica responsabilità di presa in carico rispetto ad una molteplicità di attività e servizi.
In questo quadro si inserisce la figura del *case manager* ossia dell'operatore che raccorda le informazioni relative al paziente e coordina l'iter diagnostico assistenziale garantendo così la presa in carico dell'utente e della sua famiglia. A lui viene assegnato il compito di collegare e fare interagire le diverse figure che intervengono nella cura del paziente, applicando il piano assistenziale individualizzato (PAI), definito in sede di valutazione; si occupa della sorveglianza delle condizioni di salute del paziente e del benessere dell'intera famiglia. Il paziente fragile dovrà essere inserito in un flusso individuale di assistenza, il più possibile personalizzato, che si decli-

na in una sequenza di prestazioni determinate dalla gravità della patologia e dalle necessità socio-assistenziali. Tale modalità di presa in carico mira alla costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e alla creazione di una relazione ottimale tra il team assistenziale (ospedale/territorio), la persona con cronicità e i suoi *care giver* di riferimento (informale quale ad es. un familiare o formale), figura che si prende cura del paziente fragile, cronico o disabile, aiutandolo nello svolgimento delle attività quotidiane e nella gestione della malattia (esami, visite mediche, terapie, ecc.), offrendo anche un importante sostegno emotivo. Il PAI definisce gli obiettivi e i risultati attesi nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona non autosufficiente in relazione al livello di complessità. Stabilisce la durata dell'intervento, le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, le modalità e le tempistiche di monitoraggio nonché gli operatori che seguiranno il paziente.
Di fronte al quadro sopra delineato, ci si deve anche porre il problema di definire di quali e di quante risorse sia necessario disporre per la realizzazione del nuovo modello. L'analisi deve procedere in una duplice direzione. Da un lato la stesura dei PAI da parte del medico *care manager* che definisce gli interventi, la loro natura e periodicità. In sostanza tale documento definisce di fatto la natura, qualità e quantità di prestazioni sanitarie e socio sanitarie cui accederà il paziente preso in carico. Ciò, sotto un altro profilo, diventa momento di programmazione delle prestazioni per il soggetto erogatore. In altri termini viene a definirsi un percorso virtuoso di programmazione ex ante degli interventi, unito ad un controllo sull'accesso alle prestazioni che, grazie al PAI, diviene pianificato e non lasciato alla scelta discrezionale del paziente.
Gli effetti e le ricadute sono facilmente intuibili per il sistema, in termini di migliore impiego di fattori produttivi, migliore gestione delle agende, riduzione di richieste di prestazioni improprie o inutilmente ricorrenti. Tale percorso, in parte già sperimentato attraverso l'esperienza dei CREG, ben può costituire la base per la futura definizione di una tariffa per paziente che raccolga l'intero carico di assistenza assorbito. Tali aspetti devono essere poi integrati con quelli riferiti alle risorse assorbite in via diretta dai percorsi di presa in carico definiti. Ovviamente è necessario individuare il bacino di utenza cui ci si rivolge.
Tra le ragioni del successo del nuovo modello organizzativo troviamo l'integrazione sociosanitaria, l'integrazione professionale e l'integrazione dei sistemi e delle soluzioni software.

La ASST di Monza

L'ASST di Monza ha adottato un modello organizzativo dipartimentale con l'istituzione di 11 dipartimenti gestionali, sanitari e socio sanitari, oltre ad un dipartimento amministrativo. La nuova organizzazione è fortemente imperniata sull'efficienza dei processi produttivi, orizzontali rispetto alla organizzazione tipicamente verticale delle UOC, in una visione strategica riassumibile in "*dal curare al prendersi cura*". Strategico lo sviluppo inter dipartimentale dei processi orizzontali, gestiti dai *process owner* che realizzano le integrazioni di esperienze per la presa in carico, per l'intero processo di cura, garantendo l'integrazione delle attività ospedaliere e territoriali. Tra gli elementi innovativi, ispirati alla governance delle strutture sanitarie private e alle realtà produttive di differenti settori, vale la pena evidenziare: la standardizzazione dei percorsi di cura, la programmazione delle attività sulla base delle analisi previsionali, l'unificazione delle UOC che producono servizi (es. laboratori, anatomia patologica e radiologia), al fine di razionalizzare i costi ed aumentare l'offerta, anche mediante l'organizzazione della produzione per reparto e per tipologia di percorso clinico. Tra gli obiettivi la gestione condivisa di protocolli operativi e gestionali dei reparti delle medesime specialità presenti nei due presidi ospedalieri e l'introduzione di percorsi gestionali virtuosi nella presa in carico del malato, come ad esempio quelli realizzati fra Cardiologia di Desio e Cardiochirurgia di Monza, oppure fra Neurologia, PS di Desio e Neurochirurgia di Monza. Cardine dell'organizzazione è la UOC Gestione operativa, in staff alla Direzione generale, che si occupa della ingegnerizzazione dei processi produttivi. La Gestione operativa comprende la UO Sistemi iInformativi aziendali, la UO Controllo di gestione, la funzione Programmazione ambulatori/CUP, la Programmazione sale operatorie e posti letto. Il governo dei processi consente di determinare e monitorare la capacità produttiva aziendale, di monitorare i volumi di attività e le risorse necessarie, oltre che di misurarne le performance nel segno della trasparenza organizzativa.

- **Coordinamento e gestione delle attività del territorio**: sono state sottoscritte convenzioni e protocolli organizzativi per garantire il graduale passaggio delle funzioni dalla ATS di Monza e dalla ASST di Vimercate.
- **Dializzati**: I CAL di Cesano Maderno, Seregno, Carate Brianza e Lissone, sono passati in gestione alla ASST di Vimercate. Per i CAL limitrofi alle strutture ospedaliere della ASST di Monza, su indicazione della DGW, si è sottoscritto un accordo tra

le ASST, che permette ai pazienti dializzati di essere seguiti, in caso di necessità, anche presso le nefrologie degli ospedali di Monza e Desio, in continuità del percorso di cura.

■ **Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST)**. Nelle sedi territoriali di Nova Milanese e Cesano Maderno, si sono realizzati piani assistenziali individuali specialistici per una dimissione accompagnata, per pazienti in dimissione per sindrome coronarica acuta o per una procedura di rivascolarizzazione coronarica elettiva. Ai pazienti viene rilasciata l'esenzione per patologia e per gli stessi è predisposto un percorso programmato di follow-up nonché fissato l'appuntamento con l'infermiere *case manager* che, in accordo con il MMG, prende in carico il paziente all'interno dei PreSST. I medici che effettuano i controlli nelle strutture territoriali appartengono alle UOC ospedaliere. I pazienti cardiopatici presi in carico nei due PreSST saranno circa 300 entro la fine del 2017. Nei PreSST sono attivi inoltre: poliambulatorio specialistico, Consultorio familiare, Centro odontoiatrico, Commissione invalidi civili e alunno disabile, Centro prelievi, oltre all'Ufficio per le pratiche amministrative e CUP. Sono in fase di perfezionamento i contratti di locazione per MMG e PdF.

■ **Poliambulatori di Macherio e Lissone (ASST Vimercate)**: in considerazione della vicinanza delle strutture all'Ospedale di Monza, su indicazione della DGW e in accordo con ATS Brianza, è stato sottoscritto un accordo tra le ASST di Monza e Vimercate, che prevede la gestione da parte della ASST di Monza delle prestazioni del CAL di Lissone e degli ambulatoriali specialistici di Lissone e Macherio, garantendo inoltre l'accesso agli applicativi della ASST di Monza per le prenotazione di prestazioni ospedaliere.

■ **UONPIA**. Definite e ultimate le modalità di passaggio e presa in carico dei pazienti e delle strutture, è stato sottoscritto un protocollo operativo tra ASST di Monza e di Vimercate al fine di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione dei servizi territoriali.

■ **Psichiatria**: Sono confluiti nella ASST di Monza i servizi del CPS di Cesano Maderno (CPS; Presidio residenziale di Cesano Maderno e Limbiate), mentre i Distretti sanitari di Seregno e Carate Brianza sono confluiti nella ASST di Vimercate. Per poter garantire la presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale sono state concordate con ASST di Vimercate una serie di modalità operative che coinvolgono la gestione dei reparti e del personale, secondo un criterio di equità di dotazioni di personale e strutture di ricovero tra le ASST.

■ **Consultori**: presa in carico dei servizi e realizzazione del 'percorso nascita' e di nuovi servizi ambulatoriali dedicati, sia in ospedale che nelle sedi territoriali. Attivate azioni per l'ampliamento dell'offerta di servizi.
Ulteriori attività avviate:

- Distribuzione diretta del farmaco;
- Protesica minore ed ossigenoterapia domiciliare;
- Gestione dei distretti e della erogazione di prestazioni territoriali;
- Gestione SERT/NOA e della Unità operativa carcere;
- Presa in carico dei presidi Corberi e RSD Papa Giovanni XXIII di Limbiate con integrazione organizzativa;
- Servizio vaccinazioni, Commissione medico legale patenti provincia di Monza e Brianza, convalida TSO, certificazioni medico legali monocratiche e visite necroscopiche;
- TAO: Riattivata e potenziata l'attività ambulatoriale di presa in carico dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali (TAO) presso il PO di Monza. Tale attività era stata sensibilmente ridotta nel 2015 con la chiusura del servizio.

Inoltre la ASST di Monza ha avviato le attività organizzative propedeutiche per la candidatura quale ente gestore, per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili. Sono stati individuati i *clinical manager* per tutte le specialità e progettata l'organizzazione aziendale. Le attività, come indicato nel POAS sono attribuite al Dipartimento cronicità. Sono state formate tutte le categorie professionali presenti in azienda, anche inserendo specifici progetti formativi nelle RAR 2017.

■ **Convenzione con Università**: L'ampliamento delle strutture sanitarie e delle attività consente alla ASST di Monza di rafforzare il ruolo di polo universitario per l'Università Milano Bicocca. Preso atto che la proroga della convenzione regolante il rapporto con l'Università Bicocca è scaduta nell'anno 2007 e che l'assetto delle strutture ospedaliere a direzione universitaria e le specialità interessate ai corsi di laurea si è modificato negli anni, così come l'assetto aziendale complessivo, si è determinata la necessità di rivedere i rapporti convenzionali, formalizzando le modifiche intervenute e aprendo nuovi spazi di interazione organizzativa e formativa presso il Presidio ospedaliero di Desio e le strutture territoriali.

■ **Hospice**: in collaborazione con gli specialisti della ASST di Monza, di Fondazione MBBM e UNIMIB, è stata avviata la progettazione dell'Hospice "San Gerardo", con annesse attività di Cure Palliative, da realizzarsi presso il Presidio Corberi di Limbiate. Peculiarità del progetto è la realizzazione di una struttura dedicata anche all'ambito pediatrico. È in fase di allestimento una importante campagna di *fund raising*, che vedrà coinvolte associazioni e imprese della Brianza.

Irricevibile la riforma degli Ordini sanitari

Lapidario il giudizio delle rappresentanze professionali di medici e odontoiatri, farmacisti e veterinari, sul testo della riforma degli Ordini delle professioni sanitarie approvato di recente alla Camera dei Deputati

I Comitati Centrali di FNOMCeO, FOFI e FNOVI, riuniti di recente a Roma, presso la sede della FNOMCeO, dopo un'attenta analisi del testo che la Camera dei Deputati ha approvato - AC 3868, recante *"Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute"* - rilevano, con particolare riguardo all'art.4, relativo alla riforma degli Ordini, come le disposizioni introdotte dalla Camera dei Deputati abbiano stravolto il testo già approvato dal Senato.
La discussione ha fatto emergere tante e tali contraddizioni da rendere necessarie nuove proposte condivise.
L'attuale testo, in ogni caso, per i rappresentanti dei relativi ordini professionali, non rappresenta lo strumento idoneo al rinnovamento delle professioni già ordinate e alla configurazione in Ordini di professioni sanitarie non ancora ordinate. "Si tratta, infatti, di un impianto normativo - si legge nel comunicato - che non affronta il cuore delle questioni, ma che interviene su specifici punti del testo del 1946 senza proporre per gli Ordini un ruolo che sia effettivamente nuovo e moderno".
"C'è piena consapevolezza che le professioni della Salute e l'organizzazione del lavoro sono profondamente mutate. Questo richiede una reale spinta innovativa - sottolineano - capace di incidere in modo positivo sul sistema ordinistico, coerentemente con il mutato contesto politico, sociale ed economico".
Esprimono quindi netta contrarietà ad una legge che: "Rinvia a regolamenti governativi e ad un decreto del Ministro della Salute la nuova disciplina delle nostre professioni, affidando di fatto ad atti di rango secondario l'adozione di norme, non solo di dettaglio, che incideranno in modo rilevante sull'attività degli Ordini, che, giova ricordare, sono posti a garanzia della qualità della prestazione professionale e a tutela della salute collettiva".

Più forma che sostanza

"Nel testo licenziato - continua la nota - che incide negativamente sull'autonomia ordinistica, sembra prevalere la necessità di introdurre elementi innovativi sotto il profilo amministrativo e formale, senza entrare nel merito dei problemi reali delle professioni e del difficile equilibrio dei rapporti tra rappresentatività professionale e crescita delle competenze istituzionali.
Soprattutto, non si affrontano questioni di sostanziale importanza, quali i rapporti e il coordinamento con l'Autorità Giudiziaria nell'ambito disciplinare. Infine, è grave che il Codice Deontologico, posto a tutela dei cittadini, una volta approvato dal Consiglio Nazionale, possa successivamente non essere recepito da alcuni Ordini provinciali, minando l'uniformità dei comportamenti deontologici.
Questa riforma, destinata a incidere sul futuro delle professioni sanitarie - anche quelle di nuova istituzione - non ha visto il coinvolgimento dei professionisti, in ossequio ad un malinteso primato della politica".
FNOMCeO, FOFI e FNOVI costituiscono pertanto un Comitato di coordinamento permanente, aperto a tutte le professioni sanitarie, e chiedono come primo atto un incontro urgente con il Ministro della Salute.

AGGIORNAMENTI

- **DERMATOLOGIA-ALLERGOLOGIA**
  Come affrontare l'orticaria cronica spontanea
- **DIABETOLOGIA**
  Curare la parodontite riduce l'emoglobina glicata
- **GERIATRIA**
  Proposta per migliorare l'appropriatezza prescrittiva
- **IPERTENSIONE ARTERIOSA**
  Linee guida ACC/AHA 2017: stretta sui valori pressori
- **NEFROLOGIA**
  Novità contro l'iperparatiroidismo secondario in pazienti in emodialisi
- **NEUROLOGIA**
  Ictus giovanile, una patologia in aumento?
- **OFTALMOLOGIA**
  Raccomandazioni condivise per la sindrome dell'occhio secco
- **ONCOLOGIA**
  Tumore mammario, la sfida continua su tutti i fronti
- **TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA**
  Chirurgia robotica in ortopedia, una realtà in sviluppo
- **VACCINAZIONI**
  Influenza, pneumococco, H. zoster: vaccinazioni chiave per gli anziani

DERMATOLOGIA-ALLERGOLOGIA

Come affrontare l'orticaria cronica spontanea

L'orticaria cronica spontanea (CSU) è una malattia che ha un inquadramento non sempre lineare: il paziente facilmente entra in una sorta di labirinto diagnostico da cui ne esce solo dopo vari contatti con diversi medici, cosicché la qualità della vita delle persone affette da orticaria cronica spontanea è pessima.
Un percorso spesso molto difficoltoso, complicato dal fatto che prima di giungere all'attenzione di un centro esperto nella gestione di questa malattia il paziente mette in atto delle misure inutili come delle diete di esclusione che non permettono di andare alla fonte del problema confondendo anzi la situazione. Molti pazienti, disillusi, smettono di cercare aiuto, mettendo in atto rimedi "fai da te".
Da un punto di vista epidemiologico nella popolazione generale per la forma acuta le stime indicano una prevalenza di circa il 25%, mentre per la forma cronica si calcola una prevalenza di circa l'1%.

Focus sulla patologia

L'orticaria cronica spontanea è una patologia infiammatoria cutanea caratterizzata dalla comparsa di pomfi, che possono essere associati o meno ad angioedema in alcune parti del corpo (occhio, labbra, mani, piedi e genitali) che insorgono spontaneamente durante le ore notturne o nella prima mattina, accompagnati da intenso prurito. L'orticaria acuta ha una storia naturale di pochi giorni fino a 2-3 settimane, oltre le 6 settimane si parla di orticaria cronica.
"Il primo rifermento per questi pazienti è il medico di medicina generale il quale, dopo aver escluso cause acute, dovrebbe prescrivere un antistaminico di seconda generazione" - commenta **Patrizia Pepe**, Specialista in Dermatologia e in Allergologia e Immunologia clinica, Università di Modena e Reggio Emilia. Se non si osserva la risoluzione del problema, ma tranquillizzato il paziente sul fatto che non si tratta di una reazione allergica acuta, va indirizzato verso un centro di riferimento dermo-allergologico, in cui è possibile approfondire la diagnosi differenziale tra l'orticaria cronica nella sua forma spontanea, in cui non si riconosce una causa precisa, o nelle sue forme inducibili".

Strategie terapeutiche

Le nuove linee guida europee in pubblicazione raccomandano l'utilizzo di antistaminici anti-H1 di seconda generazione a dosaggio standard per 2-4 settimane.
Dopo tale periodo si dovrebbe utilizzare lo stesso antistaminico a un dosaggio superiore, ma in Italia si cadrebbe nel campo della prescrizione off-label e ad implicazioni di ordine medico-legale.
Non sempre inoltre raddoppiando il dosaggio del farmaco antistaminico aumenta l'efficacia terapeutica. Comunque, se nonostante l'aumento di dose di antistaminico, non si evidenziano miglioramenti nel paziente, le stesse linee guida indirizzano all'impiego del farmaco biologico omalizumab in aggiunta all'antistaminico. Omalizumab ha dimostrato di avere un'efficacia elevata con risoluzione completa della sintomatologia o con un buon controllo della malattia nella maggioranza dei pazienti.
Omalizumab è già utilizzato da vari anni per migliorare il controllo dell'asma grave.

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Patrizia Pepe

■ DIABETOLOGIA

Curare la parodontite riduce l'emoglobina glicata

Negli ultimi anni l'associazione tra diabete e malattia parodontale è stata oggetto di approfondite ricerche e diversi studi suggeriscono che il DM è un fattore di rischio per lo sviluppo di gengiviti e/o parodontite nel diabete tipo 1 e 2. I pazienti con DM presentano infatti un rischio da due a tre volte maggiore, rispetto a un soggetto non diabetico, di sviluppare disturbi cronici del cavo orale.
Allo stesso tempo la malattia parodontale può essere un fattore di rischio per l'insorgenza del diabete, ed esiste una relazione diretta fra gravità ed estensione della parodontite e peggioramento del controllo glicemico.
Proprio per approfondire questa complessa relazione, spesso sottovalutata, diabetologi provenienti da tutt'Italia si sono trovati a Genova, in occasione del convegno "Diabete e parodontopatia: una relazione biunivoca", promosso dall'Associazione Medici Diabetologi (AMD).

Identificazione precoce del rischio

"In virtù della stretta associazione esistente fra diabete e parodontite, AMD sta lavorando per far sì che utilizzando come criteri di valutazione l'età, il peso, i valori morfometrici e l'eventuale presenza di parodontite sia possibile identificare precocemente soggetti affetti da diabete e ignari della propria condizione, e così avviarli precocemente verso percorsi diagnostico-terapeutici adeguati, in grado di prevenire e contrastare le temibili complicanze che si associano al DM", evidenzia **Luca Lione**, ex Coordinatore del gruppo Oral Care AMD e responsabile scientifico dell'evento.
"Come ben sappiamo, infatti, solo la diagnosi precoce e l'attuazione di una terapia tempestiva sono in grado di prevenire e contrastare efficacemente le frequenti complicanze che si associano al diabete. Studi epidemiologici indicano che il 50% dei soggetti, in tutti i gruppi di età, ha un'infiammazione gengivale reversibile, mentre la parodontite, caratterizzata da sanguinamento spontaneo o da spazzolamento, alitosi, gonfiore gengivale, spostamento e mobilità dentale, colpisce il 5-15% della popolazione in forma grave. Nei pazienti diabetici questa patologia può contribuire a rendere più difficile il controllo metabolico ed è associata all'insorgenza di complicanze".
Un importante aspetto da tenere in considerazione è il fatto che diversi studi stanno confermando come il trattamento della parodontite, secondo appositi protocolli di intervento, porti a una riduzione dell'emoglobina glicata pari allo 0.4%, con un miglioramento delle condizioni di compenso della malattia e benefici che vanno oltre lo stato di salute del cavo orale, interessando le altre numerose complicanze micro e macrovascolari.

Suscettibilità alla parodontite

La maggiore suscettibilità alla parodontite nei diabetici è dovuta alla risposta alterata in seguito a insulto batterico dei batteri parodontopatogeni associata a una disbiosi del biofilm sottogengivale. Questa alterazione è possibile tramite tre meccanismi: citochine/adipochine; immunità cellulare alterata; iperglicemia. Il diabete influenza qualitativamente e quantitativamente il profilo citochinico dei pazienti con parodontite. Infatti, i soggetti con DT2 e parodontite mostrano, rispetto ai diabetici senza parodontite, un maggiore livello di citochine ematiche e a livello del fluido gengivale crevicolare; lo stesso quadro è osservabile nel DT1.

▶ *Per approfondimenti: Documento congiunto AMD-SID-SIdP. Diabete e parodontontite. www.aemmedi.it*

■ GERIATRIA

Proposta per migliorare l'appropriatezza prescrittiva

A seguito delle alterazioni fisiologiche associate all'invecchiamento, in grado di produrre modificazioni dei parametri farmacocinetici e farmacodinamici di un principio attivo, gli anziani rappresentano la popolazione maggiormente sensibile alle reazioni avverse da farmaci. La politerapia è una condizione comune nei pazienti anziani e se da un lato può rendersi necessaria per trattare patologie o sintomi che si presentano con maggior frequenza in questa popolazione, dall'altro rappresenta un fattore di rischio per gli eventi avversi farmaco-correlati (ADR), per il rischio di interazioni e per l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati *(potentially inappropriate medication, PIM).*

Tra le principali conseguenze di un uso non appropriato dei farmaci bisogna quindi considerare: l'aumentato rischio di reazioni avverse, il mancato beneficio di trattamenti utili, la scarsa aderenza, nonché l'aumento dei costi e delle risorse sanitarie (www.marionegri.it).

Il tema è stato discusso al Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Simi (Roma, 27-29 ottobre), durante il quale i colleghi hanno presentato un innovativo progetto in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, Policlinico di Milano e il Policlinico di Bari: "Progetto De-prescribing", che ha l'obiettivo di ridurre e sospendere le terapie inappropriate, che a breve coinvolgerà oltre 300 tra medici di medicina generale, internisti e geriatri ospedalieri.

Migliorare l'appropriatezza prescrittiva nell'anziano

Per cercare di dare una chiave di lettura critica a questo problema, l'Istituto Mario Negri ha realizzato "INTERCheck" uno strumento che ha l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva nel paziente anziano attraverso un approccio di valutazione delle terapie che tiene in considerazione diversi aspetti della farmacologia geriatrica:

- interazioni tra farmaci;
- farmaci inappropriati;
- valutazione del carico anticolinergico;
- dosaggio dei farmaci in soggetti con alterata funzionalità renale;
- GerontoNet ADR Risk Score, per l'identificazione dei pazienti a maggior rischio di effetti indesiderati da farmaco;
- modalità per una corretta sospensione dei farmaci che necessitano una riduzione graduale dei dosaggi.

Dai dati dell'Istituto Mario Negri è emerso che grazie all'uso del software INTERcheck, la probabilità di essere esposti a farmaci potenzialmente inappropriati passa dal 42% al 12%, mentre il rischio di interazioni scende dal 59% al 33%. Un ausilio importante per medici e pazienti, poiché inserendo nel sistema i medicinali assunti e portati con sé dai pazienti, indica immediatamente se vi sia la possibilità di interazioni e segnala le possibili prescrizioni inutili, oltre ad abbattere i costi che oggi sfiorano i 16 miliardi. In sintesi il 25% dei farmaci sarebbe evitabile, così come il 55% dei ricoveri - dicono dalla Simi - migliorando l'appropriatezza nelle prescrizioni.

"Il ricovero è un momento cardine ma oggi, anziché essere l'occasione per una revisione critica delle terapie è purtroppo una circostanza in cui il carico di farmaci aumenta", ha puntualizzato **Francesco Perticone**, presidente Simi. **Alessandro Nobili** dell'Istituto Negri ha spiegato: "Stiamo cercando di individuare i metodi più efficaci per interrompere la 'cascata prescrittiva' di cui sono vittime gli anziani, anche perché al crescere del numero di farmaci diminuisce fino al 70% l'aderenza alle cure con conseguenze molto negative per la salute dei pazienti" (fonte: Ansa).

Per ulteriori informazioni
www.marionegri.it

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Linee guida ACC/AHA 2017: stretta sui valori pressori

Sono state presentate al congresso dell'*American Heart Association* le nuove linee guida dell'American College of Cardiology (ACC) e dell'American Heart Association (AHA) sulla gestione dell'ipertensione arteriosa (Hypertension. 2017; https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065). A distanza di 13 anni dalle precedenti indicazioni (JNC7 2003), si considera accettabile una soglia di 130/80 mmHg e scompare la categoria della 'pre-ipertensione' (in precedenza indicata da valori di PAS 120-139 mmHg e di PAD 80-89 mmHg. Secondo i nuovi parametri circa la metà della popolazione adulta degli Stati Uniti (46%) potrà essere classificata come ipertesa, con il maggiore impatto atteso tra i giovani: la prevalenza nei soggetti <45 anni dovrebbe triplicare tra gli uomini e raddoppiare tra le donne.

"Il danno vascolare causato dall'ipertensione - afferma Paul K. Whelton, primo firmatario del documento, inizia non appena la PA comincia a salire. Se ci si focalizza solo sugli eventi, si ignora il processo dal suo inizio. Vogliamo sensibilizzare la popolazione: 'se hai già raddoppiato il rischio, lo devi sapere. Non significa che hai bisogno di farmaci, ma è un allert che ti segnala di abbassare la PA". Infatti si prevede solo un piccolo aumento nel numero di adulti che necessiteranno di farmaci antipertensivi. Viene infatti ribadito che tutti i pazienti con valori di PA superiori alla norma dovrebbero comunque essere indirizzati verso interventi di prevenzione primaria. L'uso di antipertensivi è raccomandato in base allo stadio di ipertensione, alla storia clinica del paziente o al rischio di CVD a 10 anni stimato ≥10%.

"La pubblicazione di queste linee guida ha generato discussione e la posizione europea non sarà esattamente identica" - commenta a *M.D.* il Prof. **Gianfranco Parati**, Past President della Società Italiana Ipertensione Arteriosa, Docente di Cardiologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca e Direttore della Cardiologia dell'Ospedale San Luca, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milano. "Alcuni elementi meritano di essere inquadrati nell'ottica di recentissime acquisizioni. Va ricordato che trattando l'ipertensione si riducono le complicanze e che questo beneficio è direttamente proporzionale alla riduzione dei valori di PA. In pratica clinica significa che l'iperteso va trattato anche se asintomatico o in presenza di ipertensione lieve. L'ipertensione resta una delle principali cause di disabilità e mortalità, forse perché il trattamento viene iniziato troppo tardivamente. Quindi la discussione non dovrebbe vertere solo su quanto bassi devono essere i valori pressori ma quanto tempestivo dovrebbe essere il trattamento. Se l'assioma era *lower is better*, il nuovo concetto dovrebbe essere *early is better*".

Tabella 1

Pressione arteriosa: nuova classificazione ACC/AHA 2017

Classificazione PA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA Normale	<120	e	<80
PA Elevata	Compresa tra 120-129	e	<80
Ipertensione stadio I	Compresa tra 130-139	o	Compresa tra 80-89
Ipertensione stadio II	>140 mmHg	o	90 mmHg
Crisi ipertensiva	≥180	e/o	≥120 mmHg

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Gianfranco Parati

NEFROLOGIA

Novità contro l'iperparatiroidismo secondario in pazienti in emodialisi

È stato approvato in Italia il primo calciomimetico somministrabile per via endovenosa per contrastare l'iperparatiroidismo secondario nei pazienti con malattia renale cronica in emodialisi. Si tratta di etelcalcetide, in grado di ridurre significativamente il paratormone sierico agendo anche su calcio e fosforo.

Perché un nuovo calciomimetico?

L'iperparatiroidismo secondario è una complicanza molto frequente in nefrologia: si stima che colpisca infatti la metà dei pazienti con insufficienza renale cronica (Diabetes Spectrum 2008; 21: 19 - 25; Int J Neph 2015; 2015: 184321). Com'è noto, il progressivo declino della funzionalità renale porta ad un'alterazione del metabolismo di calcio (Ca), fosforo (P) e vitamina D e conseguente incremento della sintesi di ormone paratiroideo (PTH). Spiega il Prof. Francesco Locatelli, Direttore Emerito del Dipartimento Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale all'Ospedale A. Manzoni di Lecco: "Questo causa una decalcificazione delle ossa e una calcificazione delle arterie e delle valvole cardiache e quindi una grave compromissione dal punto di vista cardiovascolare" e osseo. Mentre nelle prime fasi, l'approccio terapeutico è basato sul controllo della fosforemia e la somministrazione di piccole dosi di vitamina D, nei casi di nefropatia più avanzati e per cui è necessario il ricorso alla dialisi, i trattamenti in uso possono comprendere chelanti del fosforo, vitamina D e calciomimetici, spesso usati in associazione. I chelanti del fosforo ne attenuano l'assorbimento intestinale; gli attivatori del recettore della vitamina D incrementano l'assorbimento di Ca e P e riducono la sintesi di PTH; i calciomimetici, agendo sul recettore sensibile al Ca, riducono i livelli di PTH e anche i livelli di Ca e P.
Nonostante le diverse opzioni terapeutiche, solo il 15-20% dei pazienti riesce a raggiungere i livelli target di PTH, Ca e P (J Nephrol 2014; 27:689-97), suggerendo l'esistenza di un bisogno clinico non soddisfatto. I motivi possono essere diversi, ma è noto che uno dei limiti principali delle attuali terapie orali per l'iperparatiroidismo secondario è la scarsa aderenza. Rispetto agli altri pazienti cronici, quelli con malattia renale assumono una grande quantità di terapie orali, con un numero di pillole che può raggiungere le due decine. Per questo può essere prezioso un farmaco, come etelcalcetide, che viene somministrato per via endovenosa.
"La somministrazione è semplice- spiega il Prof. Mario Cozzolino, Direttore UOC Nefrologia e Dialisi dell'ASST Santi Paolo e Carlo, Presidio San Paolo di Milano e Professore di Nefrologia all'Università di Milano- al termine di ciascuna delle tre sedute emodialitiche settimanali".

Etelcalcetide in Italia

L'Italia è stata coinvolta negli studi clinici di Fase III con 18 centri grazie ai quali sono stati trattati 63 pazienti in differenti studi. I tempi di accesso nel nostro Paese sono stati molto rapidi: l'immissione in commercio è stata autorizzata dall'EMA il novembre scorso e, sette mesi dopo, il farmaco è stato autorizzato da AIFA. Etelcalcetide è ora prescrivibile nel nostro Paese con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco che lo ha inserito in Classe A (Determina n. 1347/2017 pubblicata in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.184 del 8-8-2017) e soggetto a prescrizione medica limitativa vendibile al pubblico su prescrizione di specialisti in nefrologia e centri dialisi individuati dalle Regioni.

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti di F. Locatelli, M. Cozzolino, A. Dahinden

■ NEUROLOGIA

Ictus giovanile, una patologia in aumento?

L'ictus cerebrale è una patologia correlata all'età in cui sia l'incidenza sia la prevalenza aumentano con l'avanzare dell'età. È altrettanto vero, però, che si tratta di una malattia tutt'altro che rara anche nelle persone di età inferiore a 45 anni.

Considerando i soggetti da 0 a 44 anni (circa 32.000.000 in Italia), i dati epidemiologici disponibili danno un tasso atteso di incidenza annua pari a 14,4 per 100.000 soggetti: ci si deve quindi aspettare 4.600 nuovi ictus/anno. Nei soggetti fino a 54 anni, pari a 41.000.000 italiani circa, l'incidenza attesa è del 23.7 per 100.000 quindi il numero aumenta a poco meno di 10.000.

Mentre negli anziani, grazie al benefico effetto della prevenzione primaria, l'incidenza dell'ictus sembra in diminuzione, nelle fasce di età sotto i 45 anni si evidenzia una tendenza in aumento.

Il punto su questo preoccupante scenario viene fatto da **Carlo Gandolfo**, Ordinario di Neurologia dell'Università di Genova (fonte: www.aliceitalia.org). Tale fenomeno sembrerebbe da attribuire alla maggior diffusione di alcol e droghe, di cui è nota la capacità di determinare l'insorgenza di ictus o di aumentarne il rischio. L'insorgenza di ictus nei giovani-adulti si associa, inoltre, ad una tasso maggiore di mortalità rispetto ai coetanei e, soprattutto, ad un aumento di disabilità permanente, tanto più grave considerando la lunga aspettativa di vita di chi sopravvive all'ictus.

Sostanze da abuso e rischio ictus

• Alcool etilico. L'abuso etilico è considerato un fattore di rischio per ictus sia ischemico che emorragico; agirebbe sia come fattore di rischio classico, aumentando di 3-4 volte la probabilità di incorrere in un episodio di patologia cerebrovascolare, sia come fattore precipitante, che determina l'insorgenza dell'evento acuto, in occasione di una forte "bevuta" ("binge drinking"). Il rischio aumenta proporzionalmente alla quantità di alcool assunta.

• Fumo di sigarette. Il fumo è conosciuto da decenni come un potente fattore di rischio per ictus ischemico, agendo, in particolare, come fattore favorente l'insorgenza di aterosclerosi precoce, sia cerebrale, sia cardiaca, sia renale, sia agli arti inferiori, negli uomini come nelle donne. Aumentando il rischio di cardiopatia ischemica, fattore predisponente per fibrillazione atriale, è anche un fattore di rischio per ictus ischemico cardioembolico. È sicura la relazione tra fumo ed emorragia sub-aracnoidea, in particolare nelle donne. Il rischio di ictus è correlato linearmente con il numero di sigarette fumate al giorno.

• Cannabis. Sono segnalati numerosi casi di ictus ischemico, con una stretta relazione temporale tra esposizione alla cannabis ed insorgenza dell'ictus; in alcuni casi sono segnalate recidive di ictus, dopo un primo episodio legato alla cannabis, in occasione di una nuova esposizione alla sostanza. In circa metà dei casi segnalati peraltro non si può escludere del tutto il ruolo di cofattori favorenti come il fumo di tabacco e dell'alcool. Questo dato va evidenziato considerando che i derivati della cannabis sono proposti a scopo terapeutico in diverse patologie, anche neurologiche.

• Cocaina. L'uso di cocaina nelle ore precedenti l'insorgenza di un ictus nei soggetti giovani aumenta di 6,4 volte il rischio della malattia; tale aumento di rischio è doppio per il fumo della sostanza (crack) rispetto all'inalazione. L'aumento di rischio riguarda, in particolare, gli eventi emorragici ma non sono rare neppure le forme ischemiche.

• Metanfetamina. Sono descritti molti casi di emorragia cerebrale conseguenti all'uso di metanfetamina o prodotti simili (ecstasy, anfetamina, ecc.) verosimilmente legati al potente effetto vasopressorio di queste sostanze.

• Oppiacei. Sono segnalati numerosi casi di ictus, sia ischemico che emorragico, associati all'uso di oppiacei (eroina, in particolare). La patologia ischemica può essere legata ad embolia cardiogena dovuta ad endocardite settica; gli emboli settici possono poi erodere vasi intracranici dando anche emorragie cerebrali.

• *Per approfondimenti www.aliceitalia.org*

■ OFTALMOLOGIA

Raccomandazioni condivise per la sindrome dell'occhio secco

I dati epidemiologici segnalano che l'occhio secco è una situazione clinica in netta crescita: dal 7% al 16% della popolazione europea presenta sintomi e segni di secchezza oculare. In Italia, la patologia è considerata in rapido aumento, specie negli ultimi anni, ma non esistono dati di riferimento chiari che ne attestino la reale prevalenza. I sintomi più comuni sono occhi secchi o arrossati, bruciore, sensazione di corpo estraneo nell'occhio, prurito, annebbiamento visivo e fotofobia. "La secchezza oculare è sempre stata affrontata come una patologia minore, di poca importanza, spesso sottovalutata, a volte misconosciuta. In realtà le lacrime sono fondamentali per la superficie dell'occhio e la loro mancanza può creare danni all'epitelio e al tessuto nervoso, provocando alterazioni anatomiche, che rappresentano una sorgente di dolore e un fattore di rischio per infiammazioni, congiuntiviti, eventuali chirurgie successive. Gli studi più recenti mostrano che l'impatto sulla qualità della vita di questi pazienti può essere molto negativo, tant'è che spesso autolimitano le loro relazioni sociali e la sintomatologia impatta negativamente anche con l'ambito lavorativo" - spiega a *M.D.* **Maurizio Rolando**, Direttore del Centro superficie oculare, IsPre Oftalmica, Genova.

La sindrome dell'occhio secco è dunque una patologia insidiosa, sottovalutata dal punto di vista epidemiologico, sintomatologico e terapeutico, spesso associata a patologie oculari e sistemiche più complesse o ad effetti collaterali di terapie croniche. "È una malattia con una stadiazione precisa per la quale sono necessarie terapie mirate. La sottovalutazione di questa problematica da parte del medico conduce spesso il paziente in percorso di automedicazione, con conseguenze che possono portare talvolta alla cronicizzazione" - continua Rolando. Su queste basi e dal confronto di un gruppo di oftalmologi italiani sono emerse le prime raccomandazioni condivise per la gestione del disturbo, che saranno pubblicate a breve.

Percorso di gestione

L'adozione di un approccio globale e di una precisa diagnosi del livello della malattia sono i fondamenti per impostare il percorso terapeutico.

L'esame iniziale deve partire da un attento ascolto del paziente e l'anamnesi deve prevedere la raccolta di informazioni attraverso l'osservazione, l'utilizzo di questionari di autovalutazione, definizione dei fattori di rischio, definizione dei tempi di insorgenza dei disturbi oculari e dell'andamento dei sintomi nel corso della giornata.

I test che possono essere utilizzati al fine di eseguire una diagnosi rapida sono il Break Up Time e il test di Schirmer.

La terapia dovrà essere una terapia dinamica, modificata e adattata in base all'evoluzione del quadro clinico, sempre in possibile evoluzione. Inoltre è necessario aggredire la malattia in tutte le sue componenti e i diversi trattamenti disponibili non si escludono reciprocamente.

Le opzioni terapeutiche sono quindi finalizzate a eliminare i fattori di rischio, aumentare e/o conservare il volume lacrimale, mediante l'uso di occhiali protettivi specifici, *punctum plugs* - l'applicazione di microscopici 'tappi' nel dotto lacrimale che permettono alle lacrime di rimanere più a lungo nell'occhio - e sostituti lacrimali che devono essere utilizzati in modo costante e regolare. Un altro approccio terapeutico può essere l'uso della ciclosporina, l'immunosoppressore in grado di aumentare la produzione del film lacrimale e ridurre i sintomi di secchezza oculare.

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Maurizio Rolando

■ ONCOLOGIA

Tumore mammario, la sfida continua su tutti i fronti

In otto anni (2010-2017) nel nostro Paese le donne vive dopo la diagnosi di tumore del seno sono aumentate del 26%. Oggi 766.957 italiane si trovano in questa condizione. Un risultato molto importante, mai raggiunto in precedenza, soprattutto se si considera che per quasi 307mila donne (oltre il 40% del totale) la diagnosi è stata effettuata da oltre un decennio. Ma questi importanti successi non fermano la ricerca scientifica sia in ambito diagnostico sia per quanto riguarda i trattamenti.

Questi sono stati gli argomenti discussi nel corso dell'*International Meeting on New Drugs (and New Concepts) in Breast Cancer* svoltosi all'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma a novembre.

"Oggi abbiamo molte armi a disposizione, dalla chemioterapia all'ormonoterapia alle terapie target fino all'immunoterapia. E si stanno aprendo nuove prospettive per personalizzare i trattamenti, grazie a esami genomici che analizzano il DNA del tumore per capirne l'aggressività" - commenta il prof. **Francesco Cognetti**, Direttore della Oncologia Medica del Regina Elena e presidente del Congresso.

Test prognostico-predittivo e biopsia liquida

In particolare un test prognostico e predittivo, Oncotype DX, supporta l'oncologo nella personalizzazione delle terapie in pazienti con carcinoma mammario in fase iniziale. È uno strumento utile nella scelta del trattamento per le donne che, in base alle caratteristiche anatomopatologiche e cliniche, sono in una sorta di zona grigia, in una fase in cui non si può includere o escludere con certezza la chemioterapia rispetto alla sola ormonoterapia. Per i risultati raggiunti questo esame è stato inserito nelle raccomandazioni delle principali linee guida internazionali - spiega Cognetti.

Un'altra sfida è quella di individuare in poche gocce di sangue i primissimi segni del cancro.

"È la biopsia liquida, una tecnologia innovativa molto promettente, utilizzata oggi per la prevenzione secondaria durante il follow-up, cioè per scoprire la formazione di eventuali recidive e metastasi nelle donne che hanno già sviluppato il tumore. Le tecnologie attuali ci permettono di capire nel 70-75% dei casi se la malattia svilupperà metastasi. Altre applicazioni sono in fase di sperimentazione: l'obiettivo è scoprire la malattia in fase preclinica, risultato che la mammografia non è in grado di ottenere. La biopsia liquida inoltre è facilmente ripetibile nel tempo, bastano 8-10 millilitri di sangue, a differenza di quella tradizionale che richiede l'escissione del tessuto tumorale" - chiarisce **Massimo Cristofanilli** direttore Precision Medicine alla Northwestern University di Chicago.

Nuovi farmaci target

"Oggi si sta affacciando una nuova classe di farmaci target, che intervengono nel rallentare la progressione del tumore del seno, inibendo le proteine chinasi ciclina-dipendente 4 e 6 (CDK-4/6) - continua il prof. Cristofanilli. Queste molecole hanno dimostrato di essere superiori rispetto alla terapia standard nella fase metastatica e studi in corso hanno evidenziato la loro efficacia anche nella malattia di nuova diagnosi come trattamento preoperatorio. Nell'immediato le sfide riguardano i casi di tumore del seno più difficili da trattare: quelli triplo negativi e con metastasi cerebrali. In questi casi nuove prospettive sono offerte dall'immunoterapia".

La stimolazione del sistema immunitario funziona soltanto in poche donne con tumore del seno, ma in questi casi con risultati davvero importanti, soprattutto nelle forme triplo negative, che costituiscono circa il 15% del totale. Nelle pazienti resistenti inoltre sono in fase di sperimentazione le combinazioni di immunoterapia e chemioterapia che può favorire la risposta del sistema immune.

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

Chirurgia robotica in ortopedia, una realtà in sviluppo

In Italia, secondo i dati del report 2016 del Progetto Riap (Registro italiano artroprotesi), coordinato dall'Istituto superiore di sanità, si eseguono annualmente oltre 175 mila interventi di protesi articolare (dati 2014), con una crescita del 70% dal 2001, in cui questi interventi erano stati poco più di 103 mila. Il 56.8% degli interventi (circa 99.500) riguarda l'anca, il 38.4% per cento il ginocchio, con il rimanente 3.8% a carico delle altre articolazioni (spalla, gomito, polso, caviglia).

In questo contesto, la chirurgia robotica, introdotta nel nostro Paese nel 2011, è una realtà che sta sviluppandosi anche in ambito ortopedico, in particolare per la chirurgia protesica articolare di anca e ginocchio. Si stima che siano già stati eseguiti ad oggi 3mila interventi. Una panoramica sulla chirurgia ortopedica robotica e su altri topics scientifici che sono stati al centro del 102° Congresso della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia - SIOT (Palermo, 20-23 ottobre 2017) è stata illustrata a *M.D.* da **Giuseppe Sessa**, ordinario di Clinica ortopedica e traumatologica, Università degli Studi di Catania e Presidente SIOT.

Il commento

"La chirurgia protesica d'anca e di ginocchio rappresenta la quasi totalità degli interventi e il poter disporre di un sistema robotico per queste prestazioni è di sicuro interesse. Anche se, va ricordato, questo prodotto dell'evoluzione tecnologica non potrà mai prescindere, almeno per i prossimi decenni dalla mano e soprattutto dal cervello dell'uomo - commenta Sessa.

"Oggi ci sono risultati a distanza di 25 anni molto validi sulla chirurgia sostitutiva dell'anca e del ginocchio. Per essere certi che l'uso della robotica sia altrettanto efficace o superiore bisogna attendere risultati di follow-up significativi che non possono essere quelli a distanza di due-tre anni. Sicuramente rappresenteranno un valido aiuto e questi sistemi grazie alle nuove tecnologie informatiche verranno sempre più perfezionati. Una riflessione però va sottolineata: non dobbiamo permettere che i pazienti si convincano che il chirurgo che non utilizza robot è un medico che non si aggiorna. Allo stato dell'arte un chirurgo di valida esperienza può tranquillamente eseguire l'intervento anche senza l'ausilio di un navigatore e ottenere buoni risultati" - conclude Sessa.

Vantaggi

I vantaggi del sistema con braccio robotico Mako sono comunque significativi sia per il chirurgo sia il paziente", "Il braccio robotico consente interventi più accurati, meno invasivi, con riduzione dei tempi di recupero e delle complicazioni post-operatorie" - ha spiegato **Fabio Catani**, Direttore Struttura complessa di Ortopedia e Traumatologia, Dipartimento Scienze mediche chirurgiche materno infantili e dell'adulto, Università di Modena e Reggio Emilia. "Infatti, garantisce la massima precisione nel posizionamento della protesi d'anca o di ginocchio (sia monocompartimentale sia totale), le tre applicazioni per le quali è stato sinora validato. Grazie all'esecuzione di una TAC prima dell'intervento, che permette una scansione tridimensionale dell'area in cui andrà impiantata la protesi, il chirurgo può pianificare nel minimo dettaglio le azioni che il braccio robotico eseguirà durante l'operazione. Ciò consente di rispettare al meglio i tessuti ossei, articolari e muscolari coinvolti e di ridurre gli errori di posizionamento della protesi.

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

■ VACCINAZIONI

Influenza, pneumococco, H. zoster: vaccinazioni chiave per gli anziani

Secondo i dati ISTAT, nel 2016 l'aspettativa di vita per entrambi i sessi ha compiuto un balzo in avanti di ben 5 mesi (da 80.1 a 80.6 anni per gli uomini e da 84.6 a 85.1 per le donne). Gli italiani con oltre 65 anni sono oramai più di 13.5 milioni, pari al 22.3% della popolazione. L'altra faccia della medaglia è che chi taglia il traguardo dei 65 anni spesso deve fare i conti con problemi di salute: il 48.6% infatti presenta una situazione di multicronicità (tre o più malattie croniche) e circa il 35% convive con dolori fisici, da moderati a molto forti.
Ma oltre alle malattie croniche, una minaccia importante pende sugli over 65: tre patologie infettive a cui sono esposti gli anziani, con un impatto importante sulla loro salute, aspettativa e qualità di vita: influenza, malattie da pneumococco, in particolare la polmonite pneumococcica e l'Herpes zoster e la sua complicanza più dolorosa, la nevralgia post-erpetica.
Oggi sono disponibili strategie vaccinali in grado di prevenire queste tre malattie, offerte gratuitamente nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019: la vaccinazione antinfluenzale, che riduce complicanze, ospedalizzazioni e morti dovute a tale infezione; la vaccinazione con vaccino pneumococcico coniugato, seguita da una dose di vaccino polisaccaridico, in grado di ridurre i casi di polmonite pneumococcica e le malattie invasive da pneumococco, e la vaccinazione contro l'Herpes zoster, che riesce a ridurre con una sola dose i casi di questa malattia e soprattutto la nevralgia post-erpetica, una delle complicanze più gravi che causa dolore incoercibile e disabilità.
Vaccinare anche gli adulti è l'orientamento di istituzioni e società scientifiche che deve però scontrarsi, oltre che con i pregiudizi antivaccinali, con il diffuso paradigma che considera i vaccini una misura di prevenzione riservata all'infanzia.
"L'eliminazione e la riduzione del peso delle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione rappresentano una priorità di sanità pubblica mondiale, recepita in Italia dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) che oggi è nei LEA ed è, quindi, un diritto di tutti i cittadini italiani", afferma **Giancarlo Icardi**, Referente Gruppo Vaccini SItI (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica). "La dinamicità nel campo delle vaccinazioni e la notevole mole di innovazioni scientifiche in questo settore offrono nuove opportunità di prevenzione e promozione della salute lungo tutto l'arco della vita, attraverso vaccini diretti contro malattie di notevole importanza anche per gli adulti e anziani".
Le vaccinazioni degli adulti contro le tre patologie succitate sono un fattore strategico per garantire l'invecchiamento in salute e anche la sostenibilità dei sistemi socio-sanitari alla luce dell'impatto economico di queste malattie.
Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 fissa al 75% l'obiettivo di copertura per la vaccinazione antinfluenzale, raccomandata per gli over 65, le persone con malattie croniche e le donne in gravidanza. Attualmente la copertura media in Italia è del 52%, con una forbice compresa tra il 62% dell'Umbria e il 40% della Sardegna.
Per quanto riguarda le malattie da pneumococco, il PNPV definisce la più ampia protezione possibile per l'adulto 65enne a partire dalla coorte del 1952, con una schedula sequenziale che prevede l'utilizzo dapprima di un vaccino 13-valente e a seguire del vaccino 23-valente. L'obiettivo è di raggiungere una copertura del 55% nel 2018 e del 75% nel 2019. La vaccinazione contro l'Herpes zoster, viene somministrata in un'unica dose, offerta in forma gratuita ai 65enni con l'obiettivo di raggiungere la copertura del 20% nel 2018 e del 50% nel 2020.

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giancarlo Icardi

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia
Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

Cerchiamo di avere uno studio curato, attrezzato ed accogliente. La sala d'attesa è ben arredata, i pazienti aspettano ascoltando musica e leggendo riviste sempre nuove. Quando chiudiamo lo studio, spesso le riviste sono strappate, ci sono carte di caramelle sul pavimento, gomme da masticare attaccate alle sedie e il bagno in condizioni indecenti. Sono dettagli che esprimono la mancanza di considerazione per un servizio che, essendo gratuito, viene considerato poco e manifestano disprezzo per tutto quello che non è proprio. Una piccola minoranza di persone, con questi gesti, riesce a scalfire la già provata volontà di dedicarsi al prossimo.

Martedì

Giovane signora, laureata, felicemente sposata, due bambini e realizzata dal punto di vista professionale. Ho chiesto una Tac cerebrale perché da una settimana lamenta lieve cefalea nucale e modeste vertigini soggettive; oggi mi ha telefonato per leggermi il referto, le ho detto di passare domani mattina in studio perché dovremmo fare degli esami di approfondimento. Il referto che mi ha letto riporta un quadro compatibile con una neoplasia cerebrale in stadio avanzato. Non so ancora cosa succederà domani quando ci incontreremo. Ci conosciamo da anni e c'è un rapporto di profonda fiducia, le sue domande saranno dirette e approfondite.

Mercoledì

I sindacati dei medici di medicina generale del Veneto hanno indetto una serie di giornate di sciopero perché il governo regionale ha deciso "di bloccare l'attivazione delle medicine di gruppo integrate e l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico, di subordinare la guardia medica alle Centrali operative territoriali, di trasformare gli ospedali di comunità in strutture sanitarie affidate ai privati e di concedere ai direttori delle case di riposo di prendersi il medico dipendente interno" (*Corriere del Veneto 19.9.2017*).
Varrebbe la pena di chiedersi come mai la Regione abbia preso queste decisioni. Probabilmente gli indicatori di efficacia non hanno messo in evidenza miglioramenti dell'assistenza con l'attivazione delle medicine integrate, forse la disponibilità e la preparazione del medici di medicina generale non sono sufficienti per le case di riposo, forse il fascicolo sanitario elettronico rappresenta un serio pericolo per il privato delle persone, ecc. Sta di fatto che appare evidente come l'investimento che i responsabili della Sanità stanno facendo sulla medicina generale si stia affievolendo.
I posti nelle scuole di formazione sono assolutamente insufficienti per permettere un ricambio generazionale, è matematico che in un futuro molto prossimo non ci saranno medici di famiglia per garantire a questa disciplina un posto nel sistema di erogazione delle cure primarie pari a

quello che ha ora. Sta di fatto che molti compiti e funzioni sono stati espropriati alla medicina generale attraverso l'imposizione dei piani terapeutici specialistici, con il rilascio delle esenzione ticket riservato agli specialisti, con i PDTA, con l'esclusione dalla diagnostica di secondo livello, ecc.
Sta di fatto che le farmacie forniscono servizi diagnostici che i medici di medicina generale non forniscono come è altrettanto evidente che molte specialità forniscono cure di primo livello. Intanto la Regione Veneto "ha approvato il piano formativo di Federfarma Veneto, che ha l'obiettivo di formare i circa 4.500 operatori che lavorano nelle circa 1500 farmacie presenti sul territorio che saranno coinvolti nella gestione dei pazienti cronici delle seguente patologie: diabete, asma e BPCO, ipertensione e dislipidemie".
È molto strano che i sindacati della medicina generale non abbiano mai protestato perché questa disciplina non è specialità accademica (come nel resto del mondo), non si siano mai mobilitati quando è stato impedito ai medici di famiglia italiani di prescrivere gli antidiabetici di ultima generazione o gli anticoagulanti orali e non si siano mai indignati quando i medici italiani sono stati obbligati a inviare i loro pazienti in visita "specialistica" per una esenzione ticket.
È anche molto strano che non abbiano mosso un dito quando è stato deciso che i medici venissero pagati in maniera diversa a seconda della "organizzazione" e non per i risultati. Una disciplina che non si è battuta per il merito, per la formazione accademica e per la valutazione dei risultati non può che essere sulla via dell'estinzione.

Giovedì

■ Sono ormai mesi che nelle farmacie non è reperibile il vaccino antitetanico. Sono costretto a inviare i pazienti al Pronto Soccorso o al Distretto; non è chiaro il motivo di tutto questo, il risultato però è chiarissimo: il medico di famiglia non fa più nemmeno l'antitetanica.

■ Signora sorridente e senza alcun segno di malattia in atto: "Buongiorno dottore, vengo dalla Sicilia, sono qui da mia figlia che è una sua assistita.
Mi mancano sei mesi alla pensione e mi sono trasferita qui. Il mio medico di famiglia mi ha detto di rivolgermi a lei per i giorni di malattia, magari un mese alla volta, può scrivere che soffro di artrosi alla colonna lombare, ormai a lavorare non ci torno più."

Venerdì

■ Invio un mio paziente in chirurgia per l'asportazione di un basalioma alla spalla. Mi ritorna con la lettera del collega che mi riporta la diagnosi istologica e mi consiglia di inviare il paziente al "dermatologo di fiducia per il follow-up".
Mi chiedo perché non dovrei essere in grado di seguire un paziente di questo tipo e mi chiedo anche se il Servizio sanitario nazionale fornisce il "dermatologo di fiducia".

■ È affetto da una neoplasia con metastasi diffuse, è molto sofferente, cachettico e continua a essere inviato da uno specialista all'altro perché così è stato concordato durante una valutazione multidisciplinare.
Ogni specialista fa quanto di sua competenza, l'oncologo somministra la chemioterapia, l'ortopedico controlla le metastasi ossee, la nutrizionista dà consigli dietetici, il collega della terapia del dolore prescrive analgesici. Tutto questo è il "teatro dell'assurdo" e lui sta morendo.
A casa mi guarda con occhi fissi e continua a chiedermi "tirami fuori da questa situazione", impotente continuo ad ingannarlo.

Farmaci e strumenti di primo soccorso nella borsa del medico

Questo articolo segnala in modo esaustivo quali strumenti e quali farmaci non dovrebbere mancare nella borsa del medico per rispondere all'esigenza di una visita domiciliare di routine, ma soprattutto nella visita d'urgenza

Giulia Marin
Medico, Casa di Cura San Giorgio Pordenone

La borsa del medico deve contenere strumenti e farmaci necessari per gestire una urgenza o una sintomatologia acuta rilevata al domicilio dell'assistito *(Drug Ther Bull 2015, 53/5: 56-60)*.
La frequenza e tipologia di interventi richiesti di norma varia in base al tipo di area urbana, rurale o montana dove opera il medico, alla sua esperienza nell'uso dei farmaci e alla distanza da un ospedale dotato di servizio d'emergenza. L'interno della borsa deve essere diviso in scomparti per farmaci *(tabella 1)*, strumenti *(tabella 2)*, materiale monouso e ricettari, in modo da consentire un veloce reperimento di quanto necessario all'intervento in corso.
Un controllo periodico della disponibilità effettiva dei farmaci in borsa e delle loro scadenze consente di sostituire subito i farmaci scaduti e terminati e quindi di disporre di una dotazione completa sempre utilizzabile in sicurezza per gli interventi più comuni *(AIFA: Boll. It. Farmaci 2008, 4:186-188)*. Una raccolta delle schede tecniche dei farmaci consente una rapida valutazione di controindicazioni, interazioni ed effetti collaterali per le dovute avvertenze e il monitoraggio.
Conoscendo in anticipo le necessità terapeutiche degli assistiti che si vanno a visitare possiamo integrare di volta in volta il contenuto della borsa con quanto si ritiene utile al caso specifico. In automobile è raccomandabile tenere la borsa nel bagagliaio per una maggiore protezione dei farmaci dalle escursioni termiche e anche dai furti. Nel bagagliaio è utile tenere un contenitore termico o un minifrigo per conservare eventuali farmaci termolabili (adrenalina, glucagone, vaccini, ecc) e un contenitore per i materiali più ingombranti e di uso meno frequente o dipendente dall'area in cui si opera *(tabella 3)*.
Ulteriori farmaci utili da tenere nel bagagliaio per iniziare senza ritardo una terapia a domicilio, quando la farmacia aperta è lontana o non accessibile subito dall'assistito fragile con limitazioni alla deambulazione o senza mezzi di trasporto propri, sono ad esempio: paracetamolo per dolore e febbre, antibiotici per infezioni, vitamina K per ridurre elevati valori di INR in pazienti in terapia anticoagulante, eparina per trombosi venosa profonda, collirio anestetico (novesina) per dolore oculare urente da abrasioni post-traumatiche e ulcerazioni corneali, collirio antibiotico per congiuntiviti con secrezioni purulente, creme dermatologiche per ustioni, eritemi, ferite.

Principali terapie extraospedaliere urgenti

Sindromi coronariche acute

In caso di dolore toracico retrosternale da angina, una fiala im di acetilsalicilato di lisina riduce la mortalità per infarto nelle sindromi coronariche acute e la nitrogli-

Tabella 1

Principali farmaci di primo soccorso nella borsa del medico

Farmaci	Indicazioni cliniche
• Acetilsalicilato lisina 500 mg f im	• Infarto miocardico acuto, ictus
• Adrenalina 1 mg/1ml f im	• Shock anafilattico
• Aloperidolo 0,2% gtt e 2 mg f im	• Agitazione, deliri in psicosi e demenze
• Betametasone 1,5 mg e 4 mg f ev im	• Asma bronchiale acuto, Allergie acute
• Clorfenamina 10 mg f im	• Reazioni allergiche cutanee, prurito
• Clotiapina 100mg/ml gtt e 40mg f im	• Agitazione acuta, deliri, sedazione rapida
• Delorazepam 0,1% gtt e 2 mg f	• Crisi d'ansia
• Diclofenac 75 mg f im	• Dolore acuto, colica renale e biliare
• Furosemide 20 mg f ev im	• Edema polmonare, scompenso cardiaco
• Idrocortisone 100 e 500 mg f im	• Gravi reazioni allergiche, shock
• Isosorbide dinitrato 5 mg cp subling	• Angina pectoris
• Ketorolac 30 mg f im	• Dolore postoperatorio (max per 5 gg)
• Metoclopramide 10 mg f im e ev	• Vomito
• Naloxone 0,4 mg f im e ev	• Overdose oppiacei
• Nifedipina 10 mg cpr	• Crisi ipertensiva
• Nitroglicerina 0,3 mg cf subling.	• Angina pectoris
• Promazina 50 mg f im	• Agitazione acuta, sedazione rapida
• Salbutamolo 100 mcg/erog spray	• Asma bronchiale acuto
• Scopolamina 20 mg f im	• Colica addominale, rantolo terminale
• Tranexamico acido 500 mg f im	• Emorragia: metrorragie, epistassi, ecc.
• Tiocolchicoside 2 mg f im	• Contratture muscolari dolorose

cerina 0.3 mg in cf frammentati con i denti oppure l'isosorbide dinitrato 0.5 mg sublinguale, ripetibili ogni 5 minuti, risolvono di norma la crisi anginosa.
Se invece il dolore anginoso non regredisce dopo la somministrazione di 3 confetti di nitroglicerina oppure dopo 20 minuti, bisogna sospettare un infarto miocardico acuto e somministrare eventualmente 2-4 mg ev di morfina per sedare il dolore, monitorando polso, pressione arteriosa e saturazione di ossigeno in attesa dell'arrivo dell'ambulanza attivata dalla chiamata al numero dedicato 112/118 *(Dtsch Med Wochenschr 2017; 142/13: 994-999).*

▸ *Crisi ipertensiva*

Nella crisi ipertensiva il farmaco di prima scelta è la nifedipina cpr 10 mg sublinguale che può ridurre del 20% circa i valori pressori entro 10-30 minuti, con una durata d'azione di circa 2 ore; utile anche il captopril 25 mg cpr sublinguale e la clonidina 1 fiala im *(Cardiovasc Med 2015; 16/5: 372-82).*

▸ *Edema polmonare*

Nello scompenso cardiaco acuto la furosemide 2-4 fiale ev da 20 mg e la nitroglicerina sublinguale sono i farmaci di primo impiego extraospedaliero in assenza di grave ipotensione *(Lancet 2017: 28: S0140-6736/17/31071).*

Tabella 2

Strumenti e materiali nella borsa del medico

Strumenti diagnostici	Strumenti terapeutici
• Fonendoscopio	• Laccio emostatico
• Sfingomanometro	• Forbici chirurgiche
• Abbassalingua	• Pinze chirurgiche
• Torcia elettrica	• Pinze per rimuovere graffe metalliche
• Otoscopio	• Kit per suture: aghi e fili, steri-strip
• Termometro	• Kit per medicazioni: cerotti, garze, bende, disinfettante, soluzione fisiologica
• Martelletto per riflessi	
• Saturimetro	
• Glucometro con strisce reattive e aghi pungidito	• Maschera di Laerdal per respirazione bocca-bocca

Materiali sanitari monouso	Materiali di cancelleria
• Guanti di vinile o nitrile (latex free)	• Ricettario regionale del Ssn
• Siringhe da 2,5 - 5 - 10 ml	• Ricettario personale
• Aghi a farfalla 21G	• Timbro
• Aghi cannula venflon	• Prontuario Farmaceutico
• Lima apri-fiala	• Penna biro nera
• Gel lubrificante tipo Luan	
• Siringa 20 cc (artrocentesi evacuativa)	
• Siringa 50 cc per lavaggio auricolare	
• Strisce reattive per esame urine	

Tabella 3

Elenco (esemplificativo) di dotazione aggiuntiva sanitaria di uso meno frequente

- Soluzione glucosata al 33% per crisi ipoglicemiche
- Soluzione fisiologica per reidratazione o per aumento della volemia
- Deflussori e cestelli per fleboclisi
- Kit per rianimazione con maschera-pallone di Ambu
- Kit per cateterismo vescicale
- Kit per tamponamento nasale anteriore
- Kit per sondino naso-gastrico
- Kit per paracentesi evacuativa di versamenti ascitici
- Kit per immobilizzare arti fratturati (stecche e bende)
- Collare cervicale

▸ *Embolia polmonare*

In caso di embolia polmonare le eparine a basso peso molecolare sono la terapia elettiva di questa subdola malattia, da sospettare in caso di improvvisa comparsa di dispnea, dolore toracico, tosse, tachipnea e tachicardia in soggetti con fattori di rischio tromboembolico come recenti fratture, traumi, neoplasie o trombosi venose profonde agli arti inferiori *(JAMA 2017, 317: 2008-9)*.

▸ *Crisi d'asma bronchiale*

Per la crisi d'asma bronchiale la terapia combinata con salbutamolo spray ogni 20 minuti per un'ora e corticosteroide per via inalatoria o endovenosa è d'elezione *(JAMA 2017; 318: 279-90)*.

▸ *Ictus ischemico e TIA*

In caso di stroke non emorragico può essere utile l'acido acetilsalicilico o l'acetilsalicilato di lisina im se non esiste la possibilità di ricorrere entro 3 ore alla terapia fibrinolitica in una Stroke Unit *(Neurocrit Care 2015; 23/Suppl 2: S94-102)*.

▸ *Disturbo del comportamento*

In caso di paziente con comportamento aggressivo è raccomandabile seguire le linee guida NICE 2015 per una più efficace gestione relazionale e farmacologica *(M.D. 2017; 7: 34-37)*.

▸ *Arresto cardiaco*

In caso di arresto cardiaco è indicata la rianimazione cardiopolmonare (RCP) extra-ospedaliera *(M.D. 2014, 7: 32-36)* per cui è prevista una periodica ricertificazione formativa dei sanitari. Nella RCP sono risultati in grado di aumentare la sopravvivenza solo due antiaritmici: lidocaina e amiodarone *(Resuscitation 2017, 121: 90-97)*.

Cheratite da Acanthamoeba: segni, sintomi e complicanze

La cheratite da Acanthamoeba è un'infezione corneale severa e seriamente debilitante che può portare a deterioramento del visus e, se non efficacemente trattata, a cecità. Le modalità di infezione sono ignote, ma la maggior parte dei casi si verifica nei portatori di lenti a contatto a causa di un loro uso improprio delle stesse (contaminazione da acqua di rubinetto, soluzioni saline non sterili, uso delle lenti in piscina o al mare)

Francesca Carella - *Medico in Formazione Specifica, Foggia*
Leonida Iannantuoni - *Medico di medicina generale, docente Corso di Formazione Specifica, Foggia*

Storia clinica della paziente

Nel febbraio 2015 una donna di 22 anni in assenza di patologie e portatrice di lenti a contatto mensili per miopia, giungeva all'osservazione del medico di famiglia per iperemia congiuntivale bilaterale e dolore urente. Negava secrezione muco-purulenta e riferiva che nei giorni precedenti la comparsa di tale sintomatologia, erano stati eseguiti lavori di ristrutturazione nella propria abitazione.
L'esame obiettivo evidenziava una leggera iperemia sclero-congiuntivale e, pertanto, veniva instaurata terapia con collirio antistaminico per sette giorni.
Dopo una settimana la paziente ritornava a controllo lamentando la persistenza di "pulviscolo negli occhi". Il medico curante consigliava terapia con collirio a base di acido ialuronico.

Consulenze specialistiche

A un successivo controllo, persistendo la sintomatologia, la paziente era inviata a consulenza specialistica presso il proprio oculista di fiducia il quale non evidenziando alcuna patologia e sospettando un'allergia a lenti a contatto, riteneva utile una terapia con collirio cortisonico per una settimana.
Nonostante ripetuti consulti eseguiti nell'arco di due anni e relative terapie, persisteva un'importante sintomatologia algica.
Per tale motivo il medico curante, nell'aprile 2017, inviava la paziente a un centro oculistico in Campobasso ove, stante la storia clinica della paziente, era posta diagnosi di sospetta "parassitosi corneale".

Indagini diagnostiche

La paziente era inviata quindi, per conferma del sospetto diagnostico e identificazione dell'elemento patogeno, presso un centro oculistico in Napoli ove veniva sottoposta a esame confocale, esame citologico dei microvilli ed esame al microscopio della lacrima (test della felcizzazione) che evidenziava: "cellule epiteliali con alcune cellule senza nucleo, neutrofili, linfociti, cisti protozoarie da Acanthamoeba, espressione di una congiuntivite da sofferenza epiteliale con infiammazione superficiale di tipo immunoreattiva e infettiva di probabile natura batterica e protozoaria, maggiore in OS con espressione di sofferenza epiteliale in ambo gli occhi".

Terapia e diagnosi definitiva

In attesa dell'esame citologico dei microvilli ma in presenza del risultato del test della felcizzazione, veniva instaurata terapia con pomata antibiotica, lacrime artificiali e poliexamide collirio.
All'ultimo controllo (giugno 2017) la paziente riferiva una regressione della sintomatologia e al test della felcizzazione si evidenziava una minor concentrazione di cisti da Acanthamoeba, pertanto si consigliava di continuare la terapia instaurata per ulteriori due mesi.
Sulla scorta del citologico, si poneva diagnosi definitiva di: "infiammazione superficiale di tipo batterico e immunoallergica come reazione alle lenti a contatto morbide con infezione sovrapposta di natura protozoaria pregressa con espressione di sofferenza epiteliale in ambo gli occhi."

Approfondimento

Agente eziologico

L'Acanthamoeba appartiene alla classe delle amebe, parassita ubiquitario presente nel suolo, aria e acqua *(tabella 1, figura 1)*.
Il ciclo di vita include, in condizioni ambientali sfavorevoli, uno stadio di cisti dormiente e, in condizioni favorevoli, uno stadio infettivo di trofozoite mobile attivo. Sono le cisti del protozoo le responsabili del processo infettivo.
Può provocare:
- encefalite amebica granulomatosa
- cheratite
- sinusite granulomatosa
- infezione ossea.

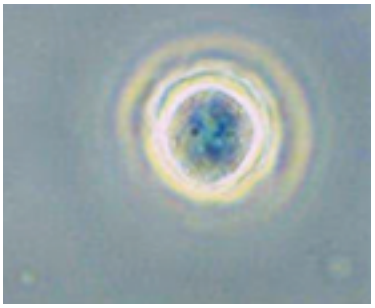
Tabella 1

Classificazione scientifica

Dominio	Eukaryota
Regno	Protista
Sottoregno	Sarcomastigota
Phylum	Amoebozoa
Classe	Lobosea
Ordine	Schizopyrenida
Famiglia	Hartmannellidae
Genere	Acanthamoeba

Figura 1

Acanthamoeba



Segni, sintomi e complicanze della cheratite da Acanthamoeba

La cheratite da Acanthamoeba (CA) è una grave infezione corneale rara, severa e seriamente debilitante che può portare a deterioramento del visus e, se non efficacemente trattata, cecità. È stata diagnosticata per la prima volta nel 1973 negli USA.
Le modalità di infezione sono ignote, ma circa l'85% dei casi di CA si verificano nei portatori di lenti a contatto a causa di un uso improprio delle stesse (contaminazione da acqua di rubinetto, soluzioni saline non sterili, uso delle lenti in piscina o al mare). La patologia può insorgere, specie in contesti rurali, dopo un trauma corneale.
La fase di esordio può durare diverse settimane, con sintomatologia aspecifica caratterizzata da sensazione di corpo estraneo e/o modesta irritazione oculare. Può essere presente iperemia congiuntivale, in assenza di dolore. In questa fase è stata descritta una riduzione della sensibilità corneale *(Moore et al, 1986; Auran et al, 1987)* che può erroneamente indirizzare verso la diagnosi di cheratite erpetica.
La cornea può presentare microcisti subepiteliali che, rompendosi, daranno origine a lesioni simili a quelle erpetiche (pseudodendrite). In seguito compare limbite, iperemia congiuntivale pericheratica localizzata in prossimità del limbus.
Lo stadio intermedio è caratterizzato da intensa fotofobia, lacrimazione e dolore; tale sintomatologia appare sproporzionata all'entità del quadro clinico.
Nello stadio più avanzato si osserva un ulteriore peggioramento della sintomatologia, accompagnata da dolore intenso tale da richiedere l'uso di antidolorifici maggiori, può realizzarsi necrosi colliquativa con perforazione del bulbo oculare. In questa fase possono comparire anche segni di compromissione del segmento anteriore con midriasi areagente e atrofia iridea, cataratta, ipertono e/o coinvolgimento sclerale.

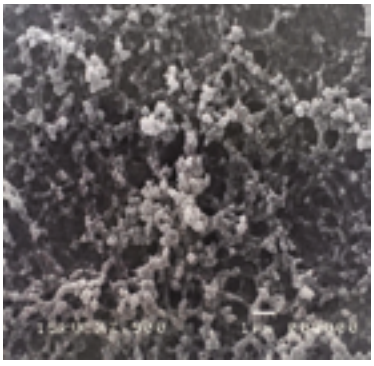
Diagnosi

La diagnosi di cheratite da Acanthamoeba si basa sull'identificazione microscopica diretta e/o colturale delle cisti e dei trofozoiti previo prelievo, mediante spatola, di epitelio o di tessuto in disfacimento sui bordi dell'ulcera. In alcuni casi il focolaio infettivo può essere così profondo da richiedere un prelievo bioptico stromale.
Gli esami microbiologici comprendono la ricerca di batteri, miceti ed herpes virus per la possibilità di co-infezioni.
- **Microscopia diretta**: il microscopio a fluorescenza evidenzia le cisti e i trofozoiti dopo colorazione con *calcofluor white*.
- **Esame colturale**: il terreno di coltura di elezione è un agar non nutriente (NN-agar) al 3%, batterizzato con GRAM-negativi che fungono da supporto nutritivo per le amebe. Dopo alcuni giorni di incubazione a 32°-35°C possono evidenziarsi le forme vegetative in attiva moltiplicazione.
- **Microscopia confocale**: metodica non invasiva che consente di mettere in evidenza, nel tessuto corneale, le cisti e i trofozoiti che appaiono come strutture iper-riflettenti. L'esame richiede però una buona collaborazione del paziente e, spesso, l'intensa fotofobia e il dolore ne rendono problematica l'esecuzione.
- **Tecniche di Polymerase chain reaction (PCR)**: molto sensibili e specifiche, consentono di dimostrare la presenza di Acanthamoeba anche in quantità minimali di tessuto corneale.

• **Test della felcizzazione**: l'equilibrio tra mucoproteine e sali disciolti nelle lacrime fa sì che, in seguito a essiccazione del secreto lacrimale si ottengano formazioni simili a felci. Secondo il tipo di felcizzazione, il campione di lacrime è classificato in quattro diversi gradi. Il primo e il secondo grado sono presenti nella maggior parte dei soggetti sani, il terzo e il quarto grado, con scarsa e/o nulla felcizzazione, si riscontrano nei soggetti affetti da cheratocongiuntivite secca.

Figura 2

Citologia microvilli occhio



Terapia

Nelle fasi iniziali dell'infezione il parassita infiltra solo l'epitelio corneale, il processo patologico può essere facilmente risolto con la rimozione meccanica della zona interessata con spatola e/o con somministrazione di antisettici o di antibiotici aminoglicosidici. Nelle fasi avanzate, quando il parassita ha raggiunto lo stroma corneale, l'approccio terapeutico diventa arduo anche in relazione alla capacità del protozoo di incistarsi. Le cisti sono, infatti, molto più resistenti al trattamento farmacologico rispetto ai trofozoiti e impongono cicli di terapia più prolungati e dall'esito a volte incerto.
Diversi farmaci si sono dimostrati efficaci nell'eliminazione di cisti e di trofozoiti di Acanthamoeba.
L'uso delle biguanidi ha rivoluzionato il decorso della CA, soprattutto se instaurato nelle fasi precoci, con rapido sollievo dal dolore ed eradicazione dell'infezione in 4 settimane. La poliesametilenebiguanide (PHMB) e la clorexidina sono i soli principi attivi efficaci nella fase cistica del protozoo.

Il trattamento attualmente utilizzato prevede la somministrazione di una biguanide (PHMB 0,02% o clorexidina 0,02%) e di una diamidina, anche se non sono disponibili dati clinici che dimostrino che l'associazione sia più efficace della monoterapia con PHMB.
Questa terapia ha dato buoni risultati nella maggior parte dei pazienti (90%) e, se avviata precocemente, consente un pieno recupero visivo. Tuttavia, la posologia non è stata standardizzata e manca una significativa valutazione della sicurezza ed efficacia.
La terapia si avvale anche di derivati azolici come il miconazolo 1%, clotrimazolo 1%, ketoconazolo e itraconazolo e aminoglicosidi come la neomicina.

Prevenzione

La prevenzione si basa sull'evitare il contatto della lente con acqua contaminata. Poiché l'Acanthamoeba ha una diffusione ubiquitaria, si consiglia di evitare l'uso di LAC in piscina o sotto la doccia, di non lavarle con acqua di rubinetto e di sostituire frequentemente il contenitore porta lenti.

Bibliografia

• Auran JD, Stan MB. Jakobiec FA. *Acanthamoeba* keratitis. A review of the literature. Cornea 1987; 6: 2-26.
• Bang S, Edell E, Eghrari AO et al. Treatment with voriconazole in 3 eyes with resistant *Acanthamoeba* keratitis. *Am J Ophthalmol* 2010; 149: 66-9.
• Dart JK, Saw VP, Kilvington S. Acanthamoeba keratitis: diagnosis and treatment update 2009. *Am J Ophthalmol* 2009; 148(4): 487-99.
• D'Aversa G, Stern GA, Driebe WT. Diagnosis and successful medical treatment of *Acanthamoeba* keratitis. *Arch Ophthalmol* 1995; 113: 1120-23.
• De Freitas D. Newer antifungal agents (Relazione). World Cornea Congress, Boston, 7-9 Aprile 2010.
• Duguid IG, Dart JK, Morlet N et al. Outcome of *Acanthamoeba* keratitis treated with polyhexamethyl biguanide and propamidine. *Ophthalmology* 1997; 104: 1587-92.
• Elder MJ, Kilvington S, Dart JKG. A clinicopathologic study of *in vitro* sensitivity testing and *Acanthamoeba* keratitis. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35: 1059-64.
• Elder MJ, Dart JKG. Chemotherapy for *Acanthamoeba* keratitis. *Lancet* 1995; 345: 791-2.
• Gatti S, Cevini C, Bruno A et al. In vitro effectiveness of povidone-iodine on Acanthamoeba isolates from human cornea. *Antimicrob Agents Chemother* 1998; 42: 2232-4.
• Hay J, Kirkness CM, Seal DV et al. Drug resistance and *Acanthamoeba* keratitis: the quest for alternative protozoal chemotherapy. Eye 1994; 8: 555-63.
• Illingworth CD, Cook SD. - *Acanthamoeba* keratitis. *Surv Ophthalmol* 1998; 42: 493-508.
• Lim N, Goh D, Bunce C et al. Comparison of polyhexamethylene biguanide and chlorexidine as monotherapy agents in the treatment of *Acanthamoeba* keratitis. *Am J Ophthalmol* 2008; 145: 130-5.
• Moore MB, Mc Culley JP, Kaufmann HE et al. Radial keratoneuritis as a presenting sign in *Acanthamoeba* keratitis. *Ophthalmology* 1986; 93: 1310-15.
• Narasimhan S, Madhavan HN, Lily T. Development and application of an *in vitro* susceptibility test for *Acanthamoeba* species isolated from keratitis to polyhexamethylene biguanide and chlorexidine. *Cornea* 2002; 21: 201-5.
• Niederkorn JY. The role of the innate and adaptative immune resposnses in *Acanthamoeba* keratitis. Arch Immunol Ther Exp 2002; 50: 53-9.
• Seal D. Treatment of Acanthamoeba keratitis. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2003; 1(2): 205-8.
• Seal DV, Hay J, Kirkness CM. Chlorexidine or polyhexamethylene biguanide for *Acanthamoeba* keratitis. *Lancet* 1995; 345: 136.
• Seal DV, Hay J, Kirkness C et al. Successful medical therapy of *Acanthamoeba* keratitis with topical chlorexidine and propamidine. *Eye* 1996; 10: 413-21.
• Schuster FL, Visvesvara GS. Opportunistic amoebae: challenges in prophylaxis and treatment. *Drug Resist Updat* 2004; 7(1): 41-51.
• Schuster FL, Guglielmo BJ, Visvesvara GS. In-vitro activity of miltefosine and voriconazole on clinical isolates of free-living amoebas: *Balamuthia mandrillaris*, *Acanthamoeba* spp., and *Naegleria fowleri*. *J Eukaryot Microbiol* 2006; 53: 1212-26.
• SIUMO (Società Italiana Uveiti e Malattie Infiammatorie Oculari). Cheratite da Acanthamoeba, a cura di P Rama e S. Matuskahttp: (www.uveiti.info).
• Tirado-Angel J, Gabriel MM, Wilson LA et al. Effects of polyhexamethylene biguanide and chlorexidine on four species of *Acanthamoeba in vitro. Curr Eye Res* 1996; 15: 225-8.
• Wysenbeek YS, Blank-Porat D, Harizman N et al. The reculture technique: individualizing the treatment of Acanthamoeba keratitis. *Cornea* 2000; 19: 464-7.

Fibrillazione atriale e attività fisica: una relazione causa/effetto?

L'attività fisica è un fattore di protezione verso gli episodi di fibrillazione atriale e potrebbe essere utilizzato nella pratica clinica per la gestione dei pazienti a rischio. Lo suggerisce uno studio coordinato dai ricercatori dell'Iss

Federica Censi,[1] Giovanni Calcagnini,[1] Eugenio Mattei,[1] Leonardo Calò,[2] Antonio Curnis,[3] Antonio D'Onofrio,[4] Diego Vaccari,[5] Gabriele Zanotto,[6] Loredana Morichelli,[7] Nicola Rovai,[8] Alessio Gargaro,[8] Renato Pietro Ricci[7]

I benefici dell'attività fisica sul sistema cardiovascolare (CV) sono ampiamente conosciuti: l'attività fisica migliora il profilo di rischio cardiovascolare intervenendo sul profilo lipidico, abbassando la pressione arteriosa e riducendo l'indice di massa corporea. Per la maggior parte delle malattie cardiovascolari esiste una relazione dose/effetto tra l'attività fisica e l'esito di malattia: maggiore è la frequenza, la durata e l'intensità di attività fisica, maggiori sono i benefici sulla malattia.

Riguardo la fibrillazione atriale (Fa), tuttavia, la comunità scientifica ha pubblicato risultati contrastanti, in particolare relativamente all'effetto dell'intensità di attività fisica sulla Fa. Questi risultati discordanti sono principalmente dovuti alle limitazioni (che gli stessi autori dichiarano) relative alla modalità di misura sia dei livelli di attività fisica sia degli episodi di Fa. Infatti l'intensità di attività fisica è normalmente autoriportata dai pazienti, spesso facendo uso di questionari non standardizzati. Anche agli episodi di fibrillazione atriale sono generalmente autoriportati e raramente confermati da un Ecg.

Un altro fattore confondente che ha un ruolo non trascurabile negli studi sul lungo periodo è relativo all'effetto delle stagioni sulle malattie CV e anche sulla Fa, la cui incidenza aumenta in inverno rispetto all'estate.

La ricerca

Attraverso il monitoraggio con i dispositivi impiantabili cardiaci è stato possibile valutare gli andamenti sul lungo periodo dei dati clinici relativi a popolazioni di pazienti. In particolare è possibile analizzare i dati del numero di episodi di Fa e del numero di ore di attività fisica trasmessi quotidianamente da larghe coorti di pazienti, per periodi di monitoraggio anche di diversi anni. L'analisi è stata effettuata su un sottogruppo di pazienti del registro HomeGuide. Il registro HomeGuide è uno studio osservazionale multicentrico che ha l'obiettivo principale di stimare la sensitività e il valore predittivo positivo dell'individuazione degli eventi cardiovascolari maggiori mediante il controllo remoto (sistema Home monitoring, Biotronik SE & Co. KG, Berlino, Germania).

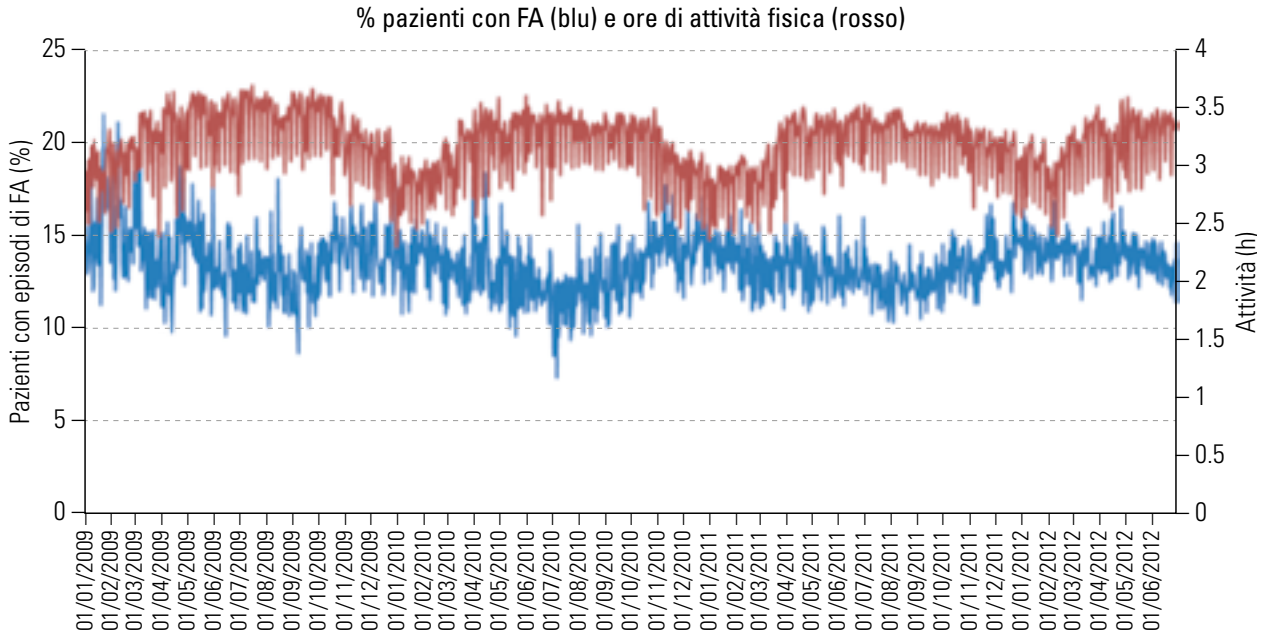
I pazienti sono stati selezionati in base alla configurazione del dispositivo e del sistema di monitoraggio remoto: attivazione del mode switch e trasmissione del dato relativo; memorizzazione e invio del numero di ore di movimento registrate dal sensore accelerometrico interno al dispositivo.

In *figura 1* è mostrata la percentuale di pazienti con fibrillazione atriale (blu) e le ore di attività fisica (rosso) su base giornaliera, per un periodo di monitoraggio di 3 anni e mezzo (1276 giorni). I dati sono relativi a 988 pazienti. Sia l'incidenza di Fa sia l'attività fisica presentano una variabilità annuale, ma con andamenti opposti: l'incidenza di Fa è significativamente maggiore in inverno rispetto all'estate (+14.4%); viceversa l'attività fisica è significativamente minore in inverno rispetto all'estate (-14,7%). L'andamento delle ore di attività fisica mostra anche una periodicità settimanale: infatti le ore di attività fisica diminuiscono significa-

[1] Dipartimento Malattie cardiovascolari dismetaboliche e dell'invecchiamento Istituto Superiore di Sanità
[2] Ospedale Policlinico Casilino, Roma
[3] Elettrofisiologia, ASST Spedali Civili, Brescia
[4] UOSD di Elettrofisiologia Ospedale V. Monaldi, Napoli
[5] Dipartimento di Cardiologia Ospedale Civile, Montebelluna
[6] UOC Cardiologia Ospedale Mater Salutis, Legnago (VR)
[7] Dipartimento di Cardiologia Ospedale San Filippo Neri, Roma
[8] Biotronik Italia, Vimodrone (MI)

Figura 1

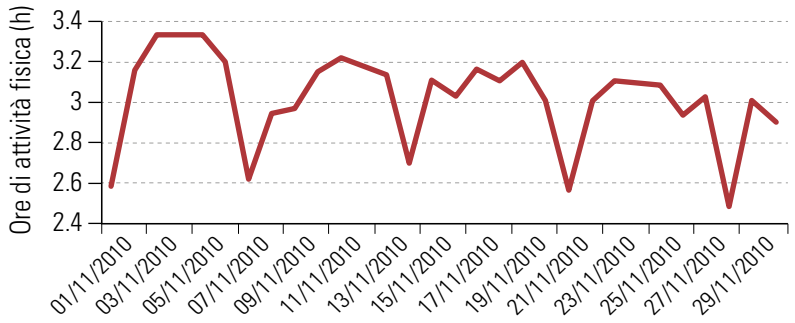
Pazienti (%) con Fa e ore di attività fisica su base giornaliera: monitoraggio 3 anni e mezzo (1276 giorni)



tivamente anche durante le domeniche e nei giorni festivi.
A titolo di esempio, nella *figura 2* è riportato l'andamento delle ore di attività fisica del novembre 2010: durante le domeniche e nel giorno festivo del 1° novembre, l'attività fisica si riduce del 10% circa.

Figura 2

Andamento delle ore di attività fisica (novembre 2010)



Commento

Anche se dai dati raccolti non è possibile stabilire la relazione di causa/effetto tra attività fisica e fibrillazione atriale, purtuttavia questo risultato ci suggerisce che l'attività fisica è un fattore di protezione verso gli episodi di Fa e che potrebbe essere utilizzato nella pratica clinica per la gestione dei pazienti a rischio.
Questa informazione è di grande importanza perché, come noto, la Fa rappresenta una delle condizioni che provocano ictus cerebrale e sono causa di disturbi cognitivi in età avanzata.
Oggi per queste patologie esistono terapie efficaci e permettono di vivere in buona qualità di vita; ma tutte queste terapie sono più efficienti e consentono di vivere meglio se accompagnate da sani stili di vita, come una attività fisica giornaliera, una alimentazione varia, bilanciata e con porzioni modeste e l'abolizione del fumo.

Bibliografia

* Censi F et al. Seasonal trends in atrial fibrillation episodes and physical activity collected daily with a remote monitoring system for cardiac implantable electronic devices. *Int J Cardiol* 2017; 234:48-5.

La salute degli immigrati irregolari

Al momento dello sbarco o dell'arrivo in Italia prevalgono le condizioni acute e le conseguenze delle violenze psicofisiche subite durante il viaggio. A media e a lunga distanza si manifestano situazioni latenti o si sviluppano nuove malattie quale effetto dei determinanti socioeconomici e della mancata integrazione. Sono alcuni degli spunti di riflessione che emergono dallo studio dell'INMP

Giovanni Baglio, Raffaele Di Palma, Erica Eugeni, Antonio Fortino

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Roma

Gli immigrati in Italia rappresentano un insieme "sfocato", difficilmente classificabile all'interno di categorie oppositive (regolari/irregolari, economici/forzati, ecc) che perdono significato se applicate rigidamente alla comprensione dei fenomeni sanitari.
All'1 gennaio 2016 il numero di stranieri presenti sul territorio nazionale era stimato pari a 5.498.000, di cui 5.026.153 residenti (pari all'8,3% del totale dei residenti in Italia).
E gli irregolari? Le stime demografiche rilevano che la quota di irregolarità ha subito nel corso del tempo forti fluttuazioni a causa dell'altalenante flusso delle iscrizioni anagrafiche alimentate dalle ricorrenti sanatorie. Tuttavia, questa quota negli ultimi anni è calata, assestandosi intorno al 6-7%. Parallelamente, si è registrato un aumento del flusso di profughi e richiedenti protezione internazionale che, nel triennio 2013-2015, ha portato sulle coste italiane oltre 500.000 persone: un fenomeno certamente non trascurabile, anche se contenuto nei numeri rispetto ai 5 milioni di stranieri residenti.
Nonostante le difficoltà e i limiti riscontrati sul versante delle fonti informative, è oggi possibile fare alcune considerazioni sul profilo di salute degli stranieri irregolari, allo scopo di fissare qualche punto fermo all'interno di un quadro epidemiologico coerente con quanto già documentato sui regolari e, in ogni caso, consistente rispetto alle evidenze disponibili.

Effetto migrante sano

Un primo meccanismo di selezione che opera all'inizio del progetto migratorio è rappresentato dal cosiddetto "effetto migrante sano": una sorta di selezione naturale all'origine, per cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. La controprova epidemiologica della validità di tale meccanismo sta nella bassa occorrenza di patologie infettive di importazione tra gli immigrati che arrivano nel nostro Paese (oltretutto con rischi di trasmissione alla popolazione ospite trascurabili, in assenza di vettori specifici e/o delle condizioni socioeconomiche favorenti la loro diffusione).
Un dato di conferma viene dall'esperienza del poliambulatorio dell'INMP a Roma: nel periodo compreso tra il 2008 e i primi dieci mesi del 2016, su 23.025 pazienti senza permesso di soggiorno (pari al 25% della casistica complessiva), sono state diagnosticate patologie infettive e parassitarie solo nel 10% dei soggetti visitati. Tra queste, solo 9 casi di rickettsiosi e altre malattie trasmesse da artropodi, 26 casi di elmintiasi e 6 di malattie intestinali da protozoi a esclusione di amebiasi. Da tale esperienza non emerge, dunque, un quadro dominato dalla presenza di patologie tropicali o condizioni esotiche, ma da comuni affezioni della pelle (13%), alterazioni del visus e dell'udito (11%) e da problemi di salute mentale quali depressione (28%), disturbo post-traumatico da stress (27%), ansia (10%).

Effetto salmone

Un secondo meccanismo di selezione opera, invece, alla fine del progetto migratorio ed è ben conosciuto in letteratura come "effetto salmone". Diversi studi condotti negli Stati Uniti su minoranze etniche avevano mostrato tassi di mortalità sistematicamente più bassi rispetto ai nativi americani per l'abitudine degli immigrati anziani di far ritorno nel proprio Paese d'origine, specie se malati (per tale ragione i loro decessi risultavano sottonotificati nei registri di mortalità). Anche in Italia i dati Istat confermano per gli stranieri rischi relativi inferiori all'unità rispetto agli italiani, tanto per gli uomini quanto

per le donne. Questo spiega anche perché gli immigrati contribuiscano al mantenimento del welfare più di quanto non ne usufruiscano.

Effetto migrante esausto

Se le spinte selettive descritte tendono a mantenere complessivamente alto il livello di salute della popolazione straniera, sui migranti (soprattutto irregolari) agiscono anche i fattori di rischio legati alla precarietà e allo svantaggio socioeconomico: è il cosiddetto "effetto migrante esausto", che si determina quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano a concretizzarsi nel Paese ospite.
Una recente indagine condotta a Roma su immigrati irregolari ha evidenziato condizioni di salute peggiori rispetto agli italiani e agli stessi stranieri regolari: in particolare, gli indici sintetici del questionario SF-12 (confrontati con i dati Istat per gli italiani) mostravano una differenza mediana del 4% per lo stato fisico e del 12% per lo stato mentale; un'ulteriore comparazione con una precedente indagine condotta sugli immigrati regolari rilevava una differenza, rispettivamente, del 5% e del 10%.

Relazione con i servizi

Su tale quadro di vulnerabilità, e sulle conseguenze in termini di depauperamento del patrimonio di salute, si inserisce, come possibile modificatore d'effetto, la relazione con i servizi. Un esempio significativo al riguardo è rappresentato dall'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia. Prendendo in considerazione gli immigrati adulti (soprattutto maschi) nel periodo 1992-2011 si osserva che, dopo un primo vertiginoso aumento dei livelli di malattia, i tassi decrescono da 58.4 per 100.000 nel 1995 (anno di massima incidenza) a 9.1 per 100.000 nel 2011. Tale inversione di tendenza si deve a due ragioni concomitanti: da una parte, l'arrivo di terapie efficaci e, dall'altra, la possibilità per gli immigrati di usufruirne, grazie al DL n.489/1995, garantisce anche agli irregolari l'accesso alle cure "essenziali ancorché continuative", e non solo a quelle erogate in regime di urgenza.
Occorre però rilevare che il diritto di accesso alle cure da parte degli immigrati non è sempre sufficiente a garantire livelli di salute adeguati, se nella pratica permangono barriere culturali e organizzative.
In particolare, diversi studi segnalano da anni un più elevato rischio di perdita al follow-up tra gli stranieri rispetto agli italiani, e una bassa compliance ai protocolli terapeutici.

Considerazioni sui profughi

Le dinamiche di salute descritte sono state evidenziate in questi anni sui migranti cosiddetti "economici", ma le medesime considerazioni valgono per i profughi che sbarcano sulle coste italiane? Vi sono evidenze che l'"effetto migrante sano" si eserciti anche su tale popolazione, almeno per quanto riguarda le patologie infettive di importazione. In particolare, i dati raccolti dalle équipe dell'INMP presso gli hotspot di Lampedusa e di Trapani-Milo nel periodo maggio 2015-ottobre 2016 non hanno evidenziato, su circa 6.000 visite effettuate, gravi malattie infettive e diffusive, ma solo malattie dermatologiche facilmente curabili: scabbia, prurito e affezioni correlate, pediculosi, varicella, impetigine e dermatite da contatto. Dalle testimonianze raccolte, è risultato invece che i pazienti - in prevalenza giovani, maschi, provenienti da Eritrea, Nigeria e Somalia - hanno intrapreso lunghi viaggi attraverso svariati Paesi prima di imbarcarsi in un porto libico, in condizioni al limite della sopravvivenza, con violenze e reclusioni nei posti di blocco (luoghi sovraffollati, privi di servizi igienici e ricambio d'aria) e sotto costante richiesta di denaro per recuperare la libertà e proseguire il percorso migratorio.
Analogamente, i dati della sorveglianza sindromica condotta dall'Iss presso 21 centri per immigrati in Sicilia, tra marzo e agosto 2015, hanno evidenziato, su una popolazione media giornaliera di 5.373 presenze, un totale di 48 allerte statistiche, 33 infestazioni (scabbia), 7 sindromi respiratorie febbrili, 7 malattie febbrili con rash cutaneo (morbillo e varicella) e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare.

Conclusioni

Un discorso a parte merita il tema della salute mentale, che rimane ancora oggi ampiamente sottaciuto, nonostante l'alta incidenza di problemi psichici causati dalle violenze subite in patria o durante il viaggio.
Nel contesto delle migrazioni, dunque, la salute degli irregolari si presenta maggiormente vulnerabile per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza e di viaggio e per la marginalità in cui molti di loro si trovano a vivere nel Paese ospite.
Per tali ragioni, occorre recuperare equilibrio nel gestire un fenomeno così ricco di implicazioni e opportunità, attraverso lo sviluppo di politiche pubbliche altamente inclusive e saldamente ancorate alle evidenze.

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

Il caregiver del paziente oncologico

Sono circa 9 milioni in Italia i caregiver "informali": figli, coniugi, parenti o amici, in maggioranza donne, che stanno accanto a malati oncologici e con altre malattie invalidanti o grandi anziani. Il loro stato psichico e fisico deve però essere attentamente monitorato: il livello di stress è talmente intenso che risulta difficile riuscire a reggere queste situazioni in solitudine

Luciano Mignoli - *Tutor Medicina Generale, Bassano del Grappa*

Il partner caregiver è colui che si trova nella posizione più difficile. Egli è il più preoccupato del futuro affettivo, famigliare, economico e sociale che lo attende. Anche il presente non è facile, le geometrie specie quelle affettive, sociali possono variare in questi casi. Ci saranno amici che saranno fieri di accompagnare chi ha la vita minacciata nel percorso da lui deciso, altri troppo fragili psicologicamente per esperienze precedenti che si allontaneranno.

Ma con il mutare dell'atteggiamento sociale verso la malattia oncologica, anche per la diffusione che ne fa ormai una patologia cronico-degenerativa quasi al pari delle altre, muta anche la prospettiva di gestione e di comportamento dei percorsi personali e famigliari. Aumenta così il numero dei sopravvissuti al cancro che riferiscono di una resilienza (capacità di resistenza e adattamento) maggiore quando utilizzano le reti di supporto istituzionali (medici, psicologi, psico-oncologi, operatori sanitari, ecc) e le reti di supporto sociali di amici, parenti, vicini, volontari, ecc, rispetto ad altri che in passato preferivano adottare la strategia difensiva del silenzio sulla malattia.

Il livello di stress per il paziente e la sua famiglia è talmente intenso che risulta difficile riuscire a reggere questa situazione in solitudine. A livello interpersonale la mancanza di supporti sociali è considerata la causa di stress principale. Questi supporti favoriscono l'attenuazione della condivisione quasi simbiotica che si instaura fra paziente e partner nel caso sia una coppia che affronti la malattia. Colpa e vergogna erano in passato conseguenza dello stigma che portava la parola cancro come pure il timore di essere etichettati come deboli e bisognosi se si cercava aiuto.

I tempi sono cambiati e i vantaggi di accettare tutto l'aiuto possibile sono superiori alle possibili discriminazione sul lavoro e nell'ambito sociale che comunque possono essere gestite altrimenti.

Vi è un esperimento che dimostra che anche gli animali dipendono per la vita e per la morte dalla loro immagine del mondo. Pare che dei ratti che cadono nell'acqua e che nuotando un po' stabiliscano che non vi è nessuna possibilità di uscirne muoiano prima che sopravvenga la spossatezza fisica. Se invece il ratto viene tirato fuori dall'acqua questo salvataggio porta ad un cambiamento decisivo della sua immagine del mondo. Quando l'esperimento viene ripetuto il ratto continua imperterrito a nuotare in attesa del salvataggio fino ad essere completamente sfinito.

La sopravvivenza aumenta nei pazienti con forti relazioni

Le persone con forti relazioni presentano una sopravvivenza maggiore del 50% rispetto a chi è privo di contatti e supporti esterni. Naturalmente di questi benefici ne godono anche i caregiver che possono delegare a più persone momenti di questa gestione così complessa recuperando così spazi di riposo fisico e psichico. Uno studio americano pubblicato su *Cancer* ha scoperto che le donne con pochi legami sociali presentavano un rischio del 43% più elevato di ritorno di neoplasia mammaria rispetto a quelle che erano socialmente ben inserite. Inoltre, le donne più isolate avevano il 64% in più di probabilità di morire per cancro al seno e quasi il 70% in più di probabilità di morire per qualsiasi altra causa nel corso dello studio rispetto alle donne con una ricca rete sociale. Le persone sposate hanno maggiori probabilità di sopravvivere ad un cancro. E tra i single, gli uomini hanno il 27% in più di probabilità di morire delle persone in coppia, mentre le donne il 19%.

Singolari sono i risultati di uno studio sugli effetti della preghiera remota verso i pazienti ricoverati in una unità coronarica. I risultati furono sorprendenti, i pazienti a cui veniva rivolta la preghiera avevano un miglioramento del 10% rispetto ai paziente verso i quali non veniva indirizzata la preghiera. Lo studio è stato contestato in più forme, ma lascia aperta la questione di quanta influenza può avere sui malati il pensiero positivo della comunità che gli sta intorno.

Caregiver informali

La resilienza o coping familiare sono le strategie adottate per gestire situazioni stressanti e dipendono da

una serie di fattori pre-esistenti:
1. la storia psicologica dei membri della famiglia,
2. la sua capacità di uscire in positivo dai problemi,
3. la durata e la stabilità della coppia nel tempo,
4. i ruoli, se rigidi o intercambiabili,
5. la presenza di figli piccoli o adolescenti,
6. la capacità di comunicare emozioni e sentimenti,
7. i supporti sociali parentali o amicali.

Questi caregiver informali sono stimati in Italia dall'Istat in circa 9 milioni; queste persone seguono sia i malati oncologici ma anche persone inabili, grandi anziani e altre malattie invalidanti. In uno studio italiano i caregiver erano per il 46% figli, per il 31% coniuge, per il 20% parenti o amici, per il 3% operatori sanitari in caso di ricovero nelle strutture protette, in maggioranza donne.

La presenza di un caregiver adeguato è *conditio sine qua non* per l'attivazione delle dimissioni protette, per ora sperimentali e per l'assistenza domiciliare integrata ormai diffusa.

L'adeguatezza a gestire questa situazione è valutata con questi parametri:
1. disponibilità e attitudine,
2. età,
3. vicinanza,
4. stabilità psichica,
5. disponibilità ad apprendere,
6. capacità organizzativa.

Un buon caregiver che si rivolga al medico o ad altri al momento giusto per le cose importanti e abbia buone capacità organizzative è un elemento indispensabile per garantire la qualità dell'assistenza sia per i Mmg che per tutti gli operatori sanitari. Tenere nel proprio ambiente un malato grave è il massimo della qualità delle vita che si può offrire a un congiunto o un amico ed è per questo che queste figure sono preziose e da preservare. Esse costituiscono il fulcro di ogni assistenza domiciliare. Il loro stato psichico e fisico deve essere attentamente monitorato dal personale sanitario coinvolto nell'assistenza sia ambulatoriale che domiciliare.

L'umore depresso del coniuge o di un altro caregiver genera un effetto negativo sulla persona da assistere che si trova così ad affrontare in solitudine la malattia. Anche un'eccessiva intrusione nelle scelte del paziente può determinare conflitto, depressione e ritiro in se stessi. La comunicazione aperta orientata a risolvere i problemi è l'elemento principe di resilienza all'interno di questa relazione che sta cambiando. Il caregiver deve essere stimolato a prendersi spazi di riposo e di libertà ad organizzarsi delle sostituzioni di ruolo, per essere sempre sereno e riposato di fronte al paziente.

Una particolare attenzione deve essere rivolta alla gestione del dolore, in quanto una situazione di sofferenza incontrollabile contribuisce a destabilizzare più facilmente la resilienza del care-giver. Quando questi incomincia a dare segni di cedimento si dovrebbe poter aumentare la delega ai servizi sanitari sempre pronti a supplire o a trovare le nuove soluzioni più adeguate al momento.

Le criticità

È fuori di dubbio che l'intensità dell'esperienza metterà a dura prova qualsiasi relazione. Il tempo del caregiver è scandito dall'orologio del timore e della preoccupazione e non da quello di una nuova consapevolezza del significato della propria vita nella quale potrebbe immergersi invece la persona malata. Qualsiasi sarà il finale, questa potrebbe diventare un'esperienza negativa indelebile se la rete familiare e sociale non saprà supportarlo adeguatamente fisicamente e emotivamente.

A volte il caregiver, sentendosi escluso dal processo della nuova consapevolezza del partner malato, nel tentativo di mantenere le cose come stanno, esita a facilitarlo su questa strada mettendo in crisi l'equilibrio di una persona che sta tentando di ricostruirsi un nuovo senso dell'esistenza.

Gli indici della qualità della vita per il paziente e il caregiver infatti sono correlati negativamente alla perdita di significato dell'esistenza che porta il vivere quest'esperienza difficile e di incerta conclusione. Non è infrequente che dopo queste esperienze le persone non si ritrovino più e si separino. Nel 25% delle coppie che si separano se la donna ha un tumore alla mammella chi chiede il divorzio è per lo più la donna.

Una delle prime cartine di tornasole di un conflitto che si sta aggravando è la scomparsa della sessualità, questa è la porta dell'inconscio che non può mentire a se stessa. Ogni scusa sarà buona per dilazionarla fino a farla sparire con gravi ripercussioni sulla vita di coppia. La sessualità non può coesistere con i sensi di colpa, il senso di inadeguatezza, il rancore latente. La sessualità ci riporta all'io più profondo che deve sentirsi libero e tranquillo per potersi esprimere. Tranquillità che può anche essere momentanea ma che deve essere resa sempre possibile. Spesso ai malati gravi in buona fede viene negata questa possibilità, ma se esiste anche la minima potenzialità questa andrebbe esplorata e coltivata per il suo effetto positivo. Carezze ed amore sono cose di cui nessuno dovrebbe essere privato neanche in punto di morte.

Questi malati, come pure tutti i soggetti fragili, godrebbero di un grande beneficio dalla costruzione di un welfare di prossimità (o di comunità), sostenuto da quartieri, associazioni di volontariato, giovani tutor già attivi in questo senso in molte capitali europee, che aiuti la permanenza protetta nel proprio domicilio di queste persone.

■ Estratto da: *www.nuovestradepersopravviverealcancro.it*

Ostacoli interiori alla compassione

Ricordati i motivi dell'importanza della compassione in ambito medico, si illustrano con esempi tratti dalla letteratura quali caratteristiche personali sono ostacoli per il suo sviluppo, suggerendo come affrontarli; si accenna infine al rapporto tra egoismo ed altruismo alla luce del pensiero di Leopardi e Schopenhauer

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

La sofferenza tormenta tutti noi per il solo fatto di essere vivi.
Cambia il modo e la misura ma l'universalità della sofferenza è un dato reale.
La sua qualità può essere molto diversa ma la vita è dura comunque.
Non fosse altro che per la difficoltà di attribuire al vivere un senso e per la consapevolezza dell'inevitabilità della morte, la sofferenza non può esserci estranea.
La consapevolezza di sé e, quindi della nostra sofferenza, ci aiuta a comprendere quella degli altri (empatia) e da qui può nascere in noi il desiderio che ne siano liberati (compassione).
Tutto questo per noi medici è importante per più motivi.
In primo luogo se la nostra risposta alla sofferenza del paziente è provare compassione per lui, siamo spinti ad assumerci la responsabilità della sua cura (operare per il suo beneficio) e questo aumenta la nostra capacità terapeutica e quindi la probabilità di trarre soddisfazione dalla nostra attività *(compassion satisfaction)*.
In secondo luogo la compassione per i pazienti è una potente motivazione, che aiuta il medico a sopportare le immancabili durezze della sua professione (resilienza).
È quindi opportuno sviluppare e rafforzare la compassione, difenderla ed impedire che diminuisca *(compassion fatigue, burnout syndrome)*.

Ostacoli allo sviluppo della compassione

Cosa ostacola lo sviluppo della compassione?
Non si prova compassione se non si è equanimi, se si discrimina fortemente tra se stessi e gli altri, se si fa proprio l'atteggiamento del marchese Onofrio Del Grillo, che nel film di Mario Monicelli a un gruppo di popolani arrestati perché coinvolti con lui in una rissa spiega la propria immunità dicendo: *"Ah... mi dispiace. Ma io so' io... e voi non siete un cazzo!"*.
Un altro ostacolo alla compassione è l'egocentrismo patologico, chi ne è affetto è interessato solo a se stesso, è dotato di scarsa capacità di ascolto e di riconoscenza, secondo Piaget è incapace di percepire la differenza tra il proprio punto di vista e quello degli altri, ne è un buon esempio Ebenezer Scrooge, il protagonista del romanzo di Charles Dickens, "Canto di Natale".
Uno spiccato senso di superiorità ed un esagerato amore per se stesso caratterizzano chi non prova compassione per mancanza di empatia a causa di un disturbo narcisistico di personalità come Dorian Gray, il bellissimo e dissoluto esteta, nato dalla fantasia di Oscar Wilde.
C'è chi è capace di comprendere le emozioni altrui, riconosce la sofferenza ma non desidera alleviarla, non prova affatto compassione, anzi è invadente e sfrutta la sua abilità di percepire lo stato d'animo delle persone per manipolarle e sfruttarle senza rimorso; una caratteristica che è propria dei narcisisti maligni descritti da Otto Kernberg e di chi soffre di un disturbo antisociale di personalità (DSM-5).
Se ne trovano ottimi esempi nei sette romanzi, scritti da J.K. Rowling, che hanno per protagonista il giovane mago Harry Potter.
Un tipico sociopatico disempatico è il principe dei maghi oscuri Lord Voldemort, capace di relazionarsi solo coi suoi seguaci, i Mangiamorte, che manipola perversamente. Così dice di lui un suo antico insegnante: "*Sentirai molti dei suoi Mangiamorte sostenere di godere della sua fiducia, di essere i soli vicini a lui, perfino di capirlo. Sono degli illusi*. Lord Voldemort non ha

mai avuto un amico, e non credo che ne abbia mai voluto uno".
Sociopatica aggressiva e sadica è la sua migliore seguace Bellatrix Lestrange, una torturatrice, pluriomicida, la cui disinibizione, esplosività emotiva ed impulsività, la differenziano da un'altra sociopatica aggressiva e sadica, la professoressa Dolores Umbridge, che è una carrierista machiavellica, repressa, tanto sdolcinata quanto intollerante ed incapace di ascolto empatico. La professoressa Umbridge punisce gli studenti obbligandoli a scrivere con il loro sangue, così ricordandoci che il sadico infligge dolore, per avere una piacevole conferma del suo potere.
Vi sono poi individui che hanno poche e superficiali relazioni con le altre persone, che si dimostrano freddi, distaccati, passivi, che appaiono emotivamente inerti, indifferenti. Sono tratti di personalità che ostacolano la compassione, che non hanno nulla a che vedere con l'apatia e che si trovano ben raffigurati nei romanzi di Alberto Moravia, "Gli Indifferenti" e "La Noia".
Sono ostacoli che vanno affrontati guardando a ciò che abbiamo in comune con le altre persone e ricordando che in qualche modo dipendiamo sempre dagli altri, al punto che l'altruismo può essere considerato una forma intelligente di egoismo.
Secondo Leopardi l'altruismo è addirittura *"il più raffinato egoismo che si trovi, il più efficace e potente e imperioso, il più intimo e il più grande, perocch'egli è maggiore negli animi in proporzione ch'eri sono più vivi, delicati e sensibili".*
Afferma Schopenhauer che *"il puro amore…è, per sua natura, compassione".*

Trovare equilibrio tra il sé e l'altro è fondamentale per noi medici

Le più recenti riflessioni della medicina e della psicologia sulla compassione come la intende Schopenhauer (amore per gli altri) confermano le intuizioni leopardiane sul suo legame con la compassione verso di sé, con l'amor proprio, con la capacità di generare soddisfazione e compiacimento.
Trovare un sano equilibrio tra il sé e l'altro è fondamentale per noi medici. Un aiuto a raggiungerlo ci viene dal ricordare che la condizione esistenziale implica la sofferenza e dalla consapevolezza di essere un vivente tra i viventi. Percepiamo la prossimità degli altri, se scoprendo in loro le nostre stesse fragilità, li riconosciamo simili a noi.
Viene però obiettato, che provare compassione non si traduce necessariamente in comportamenti compassionevoli. Si sottolinea la differenza tra spinta morale ad agire ed azione. Si paventa il rischio di rimanere sul piano delle buone intenzioni, delle emozioni, dei sentimenti.
È vero, le emozioni non si trasformano automaticamente in azioni. È un bene che sia così. Spesso alla rabbia non consegue un'aggressione. Non sempre alla compassione consegue un atto di aiuto. L'aiutare non è più automatico dell'aggredire. Se come dice Hegel *"l'uomo non è altro che la serie delle sue azioni"*, può valere la pena di cercare di rispondere a questa domanda: Quali fattori favoriscono o ostacolano il passaggio dal provare compassione all'aiutare?
È necessario, per farlo, rivedere la letteratura sull'influenza dell'ambiente sullo stato mentale. Ma per un ambito trascurato come quello del rapporto tra medico e paziente, ci vorrà anche un serio lavoro di ricerca.

Bibliografia

1. Alice S, Fiorese M, Ivaldi M. *Il valore terapeutico della compassione. M.D. Medicinae Doctor* 2016; 7: 44-46.
2. Alice S, Fiorese M, Ivaldi M. *Misurare e apprendere l'empatia. M.D. Medicinae Doctor* 2017; 2: 54-57.
3. Alice S, Fiorese M, Ivaldi M. *Il rapporto tra compassione e burnout. M.D. Medicinae Doctor* 2017; 4: 57.
4. Alice S, Fiorese M, Ivaldi M. *Il rapporto tra compassione e resilienza. M.D. Medicinae Doctor* 2017; 6: 21-22.

L'asma grave rappresenta una sfida corale

L'asma grave è una patologia complessa, su cui intervengono diversi interlocutori. Per evidenziare lo stato dell'arte e rispondere alle necessità di professionisti del settore e pazienti è stato pubblicato il volume "Gestione appropriata dell'asma grave"

L'asma grave è una malattia complessa in cui intervengono diversi interlocutori. Le figure di diversi specialisti, del Mmg, del medico di Pronto Soccorso, ma anche il mondo economico-sanitario, contribuiscono a diverso titolo a gestire la malattia. In tutto questo, il centro è la persona con asma grave che necessita non solo delle migliori cure mediche, ma anche dell'attenzione e della "cura", nel senso più ampio del termine, indispensabili per organizzare un percorso di gestione sempre più efficace. È in questo contesto che è stato realizzato il volume "Gestione appropriata dell'asma grave", pubblicato dalla rivista *Tendenze nuove*, della Fondazione Smith Kline (n. 2 - 2017), con l'intento di portare alla luce lo stato dell'arte nella gestione dell'asma grave in Italia, tentando di rispondere non solo alle necessità dei professionisti del settore, ma anche alle esigenze dei pazienti. Il volume è stato presentato a Napoli il 9 novembre 2017, di fronte a una platea di medici e operatori interessati all'argomento.

Lo Specialista e il paziente

"Gli indici di morbosità e mortalità per asma sono in aumento. Per migliorare l'individuazione dei vari stadi di gravità dell'asma e l'adozione di strategie terapeutiche adeguate" - spiega **Gennaro Mazzarella**, Direttore UOC della Clinica Pneumologica SUN, Ospedali dei Colli di Napoli - "è necessaria una politica sanitaria che preveda l'interazione tra ospedali e territorio."

Aggiunge **Stefano Nardini**, Presidente della Società Italiana di Pneumologia (SIP): "L'asma grave rappresenta un problema da molteplici punti di vista. Innanzitutto il problema della sofferenza della persona". "Il secondo punto - continua - riguarda il fatto che si tratta di una patologia che coinvolge parecchie risorse sanitarie". Ma specifica: "Nell'affrontare il problema dell'asma grave dobbiamo, a fronte delle spese che sosteniamo, chiederci cosa guadagniamo dall'altra parte".

In questo contesto i pazienti stanno svolgendo un ruolo prezioso. **Sandra Frateiacci**, Delegato FederAsma e Allergie Onlus per i Rapporti istituzionali, sottolinea: "Quello che stiamo cercando di fare insieme alle Società Scientifiche è quello di portare all'attenzione delle istituzioni e dei decisori quali siano le prestazioni e le terapie che devono essere sicuramente fornite per questo tipo di popolazione".

La ricerca ha d'altra parte fatto importanti progressi, ampliando le possibilità di cura. Spiega **Anna Stanziola**, dell'UOC II Pneumotisiologia dell'Ospedale Monaldi di Napoli: "Disponiamo ora anche di due farmaci biologici che vanno utilizzati in base alle caratteristiche fenotipiche e genotipiche di ciascun paziente": omalizumab e mepolizumab, per cui "effettivamente abbiamo notato che un'ulteriore fetta di questi pazienti può essere trattata con successo".

Il punto di vista del Mmg

Se da una parte lo Specialista ha un ruolo cruciale nella gestione dell'asma grave, dall'altra, sul territorio, il Mmg si trova a condividere con il paziente le difficoltà. "Nell'ambito della medicina generale l'asma è difficilmente controllato" - conferma **Patrizio Soverina**, Mmg dell'Asl Napoli 1 - Anche perché spesso, seguendo le linee guida GINA, il Mmg "deve attuare un protocollo di difficile gestione nel setting della medicina generale". Ma il ruolo del Mmg viene sottolineato anche dal medico di PS. Spiega **Vittorio Helzel**, Direttore del Pronto Soccorso dell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli: "Una volta gestita l'emergenza dell'attacco acuto, se il paziente è responder, una volta terminata l'osservazione di almeno 24 ore, "lo affidiamo agli ambulatori intraospedalieri di allergologia o pneumologia per ridefinire il suo stadio di patologia e il setting assistenziale diagnostico-terapeutico, con un dialogo diretto con il Mmg".

Gli elementi per realizzare buoni standard di cura sembrano quindi esserci, quello che conta è ora la buona pratica.

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di G. Mazzarella, S. Nardini, S. Frateiacci, A. Stanziola, P. Soverina, V. Helzel