

MEDICINAE DOCTOR

Anno XXV, numero 8 - novembre-dicembre 2018

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

#### IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

Il medico è il garante dei pazienti verso il Ssn

TRIBUNA

17

Nuova gestione cronici in Lombardia. Mmg da pilastro del Ssn a suo distruttore?

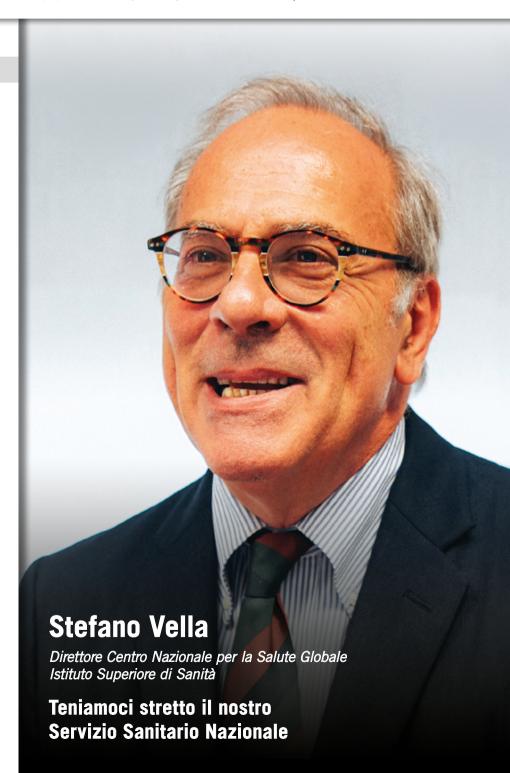
CLINICA

36

Invecchiamento cerebrale, disabilità intellettiva e demenza



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





#### M.D. Medicinae Doctor

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

#### **Direttore Responsabile**

Dario Passoni

#### Comitato di Consulenza di M.D.

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

#### Redazione

Patrizia Lattuada Anna Sgritto Livia Tonti Elisabetta Torretta

#### Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

#### **Pubblicità**

Teresa Premoli Sara Simone

#### Passoni Editore s.r.l.

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

#### Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

## In questo numero

#### ATTUALITÀ

Prima pagina Teniamoci stretto il nostro Servizio Sanitario Nazionale	F
Focus on	
Il medico è il garante dei pazienti verso il Ssn	6
Riflettori  Quale futuro per la professione di Mmg nel XXI secolo?	۶
Il caso	
Condivisione dati sanitari, sicurezza e medici obiettori	10
Prospettive Potenziare le cure primarie e l'assistenza di base	11
Tribuna	
Nuova gestione cronici in Lombardia. Mmg da pilastro del Ssn a suo distruttore? <b>Appunti</b>	12
Quando il rapporto fiduciario diventa critico	14
Dossier	
Per la sostenibilità del nostro Ssn bisogna investire di più in prevenzione e innovazione	19
A G G I O R N A M E N T I  Cardiologia	
Peculiarità delle malattie cardiovascolari nella donna	22
Rischio cardiovascolare, trigliceridi e Pufa n-3	
<b>Diabetologia</b> Vaccinazione nel diabetico: ruolo della medicina generale	2/
Epatologia	
Epatite E, malattia emergente da sorvegliare	25
Igiene e medicina preventiva Antibiotico-resistenza, dall'ipotesi "igienica" all'igiene mirata	26
Lipidologia	
Ipercolesterolemia: dal congresso AHA le nuove linee guida	27
Obesità, alimentazione e rischio di tumore del colon-retto	28
Psichiatria Disturbi mentali e interventi sulle malattie non trasmissibili	00
CLINICA E TERAPIA	
Clinica Invecchiamento cerebrale, disabilità intellettiva e demenza Pratica medica	
Una colazione sincopata	41
Ricerca Alimentazione e malattia di Alzheimer	44
Rapporto medico-paziente	
"Ops, abbiamo aspettato troppo". La storia di Daniela, paziente oncologica	45
Counselling Empatia e compassione ai tempi della sanità digitale	48
Rassegna	
Valutazione dello stato di coma nel setting delle cure primarie e della gestione avanzata	50
Documenti	
Cambiamenti climatici e salute umana	53
Osservatorio Insonnia, quanto costa al sistema sanitario, alla società e alla salute	54
, quanto della ai dictorna darinario, ana dodicta e ana dariate	

## Teniamoci stretto il nostro Servizio Sanitario Nazionale

■ Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, malgrado tutti i limiti, resta uno dei migliori al mondo, teniamocelo stretto". L'esortazione è di Stefano Vella, Direttore del Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, ed è stata espressa durante alcune dichiarazioni rilasciate a M.D. Medicinae Doctor sulle diseguaglianze di salute.

"Le diseguaglianze di accesso alla salute e ai servizi sanitari non riguardano soltanto le cosiddette 'malattie della povertà' - sottolinea Vella - ma tutte le malattie dell'uomo, molte delle quali prevenibili e curabili, poiché comuni sono gli aspetti strutturali, sociali e politici, i diritti negati, la discriminazione di genere, e le ragioni economiche alla base delle disequaglianze, sia che si tratti di Paesi poveri sia che si tratti di Paesi ricchi dove ci si ammala di patologie croniche, soprattutto cardiovascolari e metaboliche, cancro e malattie neuro- degenerative". E a proposito di cronicità Vella ricorda l'importanza della prevenzione primaria, che è difficile da attuare proprio nelle fasce di popolazione meno abbienti e più fragili. "Per alcune malattie croniche è fondamentale la diagnosi precoce, ma questa, oltre ad essere nelle mani dei medici di medicina generale, è anche in quella dei pazienti e dipende dai livelli di informazione e di consapevolezza di quest'ultimi".

"La salute quindi non è soltanto un fatto 'biomedico' - ribadisce - è fortemente influenzata da cosa mangi, dove vivi, dal lavoro che fai, dal livello di alfabetizzazione, cioè dai cosiddetti determinanti sociali. Che non sono uguali. E poi c'è la povertà, ripeto, il cui rapporto con la cattiva salute è provato: i poveri si ammalano di più e muoiono prima. E la globalizzazione ha fatto sì che aumentasse la ricchezza globale del pianeta, ma anche le diseguaglianze, tra i continenti, e all'interno degli stessi Paesi. Per esempio, in Italia, al Nord la mortalità prematura sotto i 70 anni diminuisce, al Sud è in aumento".

Obiettivo del Centro Nazionale per la Salute Globale è proprio quello di combattere le disuguaglianze di salute in Italia e nel mondo e garantire accesso universale alle cure per le categorie più vulnerabili, marginalizzate e fragili.

"È chiaro - continua Vella - che si tratta di un obiettivo difficile anche per le ingenti risorse di cui necessita. Ed è proprio per questo che la lotta agli sprechi e un'attenta allocazione delle risorse diventa fondamentale. I governi sono distratti da tantis-

simi problemi e di fatto non tengono conto del valore straordinario che ha la salute nello sviluppo dei popoli e nella crescita dell'economia. Inoltre la salute è altresì un elemento di pace e di stabilità. Moltissime ricerche hanno mostrato una correlazione tra l'instabilità dei popoli e la salute dei cittadini. Tali correlazioni non significano che le popolazioni emigrino o migrino perché non hanno salute, si spostano per tanti motivi, tra cui la possibilità di curarsi, per cui decidi di partire".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Stefano Vella

# Il medico è il garante dei pazienti verso il Ssn

Non è solo la deontologia a confermarlo, ma i cittadini anche in tempi in cui si registra una maggiore conflittualità tra medici e pazienti. È quanto si evince dalla ricerca "Il medico pilastro del buon Servizio sanitario" che è stata presentata a Roma nell'ambito dell'evento di FNOMCeO "40 anni del Servizio Sanitario Nazionale. La conquista di un diritto, un impegno per il futuro"

I medico deve essere lasciata la libertà di decidere: la pensa cosi il 53% degli italiani per i quali tetti di spesa, linee quida e protocolli sono utili, ma al medico si deve lasciare la libertà delle decisioni, perché il rapporto è basato sulla fiducia soprattutto nella relazione con i medici di medicina generale di cui si fida l'87%. È quanto è emerso dalla ricerca "Il medico pilastro del buon servizio sanitario" che è stata presentata a Roma nell'ambito dell'evento di FNOMCeO "40 anni del Servizio Sanitario Nazionale. La conquista di un diritto, un impegno per il futuro". Gli italiani quindi sono sempre più alla ricerca di un'alleanza terapeutica, in

cui il medico rappresenti, nel suo agire in scienza e coscienza, la garanzia della tutela della salute del paziente. Secondo il 58% medico e paziente devono collaborare nel prendere le decisioni sulle cure migliori, la quota è aumentata rispetto al 55,9% rilevato nel 2007 (figura 1).

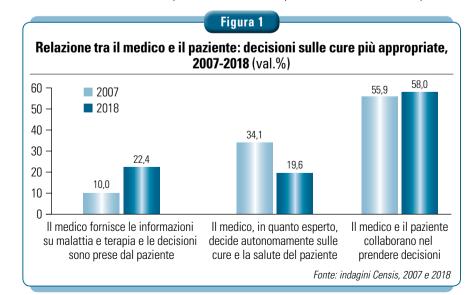
In primis a desiderare tale alleanza sono gli anziani (82,8%), che sperimentano più di tutti il valore di tale collaborazione nella gestione delle patologie croniche. Il 22,4% propende invece per un'asimmetria a favore del paziente, che decide da sé dopo aver ascoltato il medico. Mentre il 19,6% è favorevole a una supremazia del medico, senza che il paziente abbia voce in capitolo.

#### > Un rapporto basato sulla fiducia.

L'87,1% degli italiani dichiara di fidarsi del Mmg (la quota raggiunge il 90% tra gli over 65 anni). I'84.7% si fida dell'infermiere, mentre è molto più ridotta, sebbene ancora maggioritaria (68,8%), la quota di chi esprime fiducia nel Ssn. Lo stesso vale per gli odontoiatri. L'85,3% degli italiani ha un dentista di riferimento. Ed è proprio la fiducia l'elemento cardine che ne guida la scelta (per il 63,1%), prima ancora delle tariffe delle prestazioni (26,3%), della qualità dei materiali e delle tecnologie utilizzate (21%), della comodità nel raggiungere lo studio (17,1%) o delle facilitazioni nei pagamenti (l'11,4%) (tabella 1).

#### ➤ L'autonomia del medico tra vincoli di sistema e garanzia delle cure.

Il riconoscimento della capacità del medico di individuare le cure migliori, grazie all'esercizio del suo libero giudizio clinico, va anche al di là del sistema di regole e di vincoli imposti dal Ssn (tetti di spesa, linee guida, protocolli), che possono interferire con l'autonomia del medico. La maggioranza degli italiani (il 52,8%) ritiene che procedure e opzioni di cura prestabilite devono ritenersi utili a dare indicazioni di massima, lasciando però al medico la libertà di decidere se e come applicarle. Il 38,7% sostiene l'utilità di questi strumenti al fine di uniformare le cure più appropriate, riducendo la possibilità di



#### Tabella 1

## La fiducia degli italiani nei medici, infermieri e in generale nel Ssn, per classi di età (val.%)

Latta filmita	Età in classe			
Lei ha fiducia:	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Nel medico di medicina generale	83,2	87,3	90,1	87,1
Negli infermieri che operano negli ospedali, ambulatori ecc.	82,3	83,2	90,1	84,7
Nel Servizio Sanitario Nazionale	62,7	63,5	85,4	68,8

Fonte: indagine Censis, 2018

errore. Il 19,4% ritiene che possano avvantaggiare i medici come strumenti di deresponsabilizzazione. Solo l'8,5% le giudica inutili, richiamandosi a una visione di totale autonomia del medico come unico arbitro. È residuale la percentuale di chi le considera solo un appesantimento burocratico di nessuna utilità (5,5%). Ancora più ampia è tra i laureati (54,9%) e le persone più anziane (54,6%) la quota di chi afferma la funzione di indirizzo non vincolante di tali strumenti, perché il medico è garante dell'interesse del paziente anche nei confronti del servizio sanitario.

> Prima fonte di informazione sulla salute. Non è un caso che, anche in un

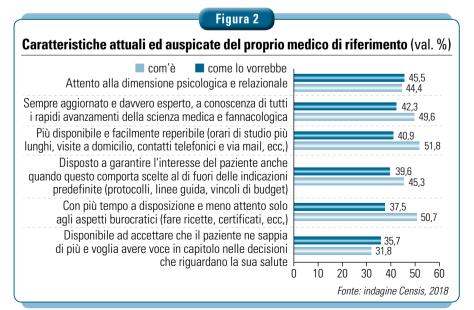
momento in cui le fonti informative si moltiplicano a dismisura, i cittadini continuino ad assegnare al medico la funzione di fonte informativa principale sui temi della salute. Il medico di medicina generale è la fonte numero uno (per il 72,3% degli italiani, in crescita rispetto al 66,3% rilevato nel 2008), seguono familiari e amici (31,9%), poi la TV (25,7%) e internet (il 23%, ma era solo l'8,7% nel 2008).

Il medico che vorrei. Dalla rilevanza

➤ II medico che vorrei. Dalla rilevanza della personalizzazione delle cure e del rapporto fiduciario con il proprio medico emerge l'identikit del medico ideale secondo gli italiani. Per il 45,5% è fondamentale la dimensione psicologica e relazionale. Per il 42,3% il valore professionale, la conoscenza tecnica e l'aggiornamento scientifico. Per il 40,9% la disponibilità e la reperibilità anche grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie. Per il 39,6% il medico ideale è il garante del diritto alla salute del paziente, perché è pronto a difenderne l'interesse anche quando questo comporta scelte al di fuori delle indicazioni predefinite (protocolli, linee guida, vincoli di budget). Per il 37,5% inoltre deve essere meno attento agli aspetti burocratici dedicando più tempo all'ascolto dei pazienti (figura 2).

## Sconfitta la visione burocratica della professione

"Lo studio dimostra, ancora una volta, che gli italiani si fidano del medico, e che questa fiducia è massima negli ultrasessantacinquenni, tra i quali supera il 90%- commenta il presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli -. Una fiducia che si basa sul riconoscimento delle capacità del medico di individuare le cure migliori in autonomia, anche al di là del sistema di regole e vincoli imposti, per ragioni economiche, dallo Stato. Una fiducia che si esplicita nella scelta del medico come prima fonte di informazione sui temi di salute. Una fiducia che significa, anche e soprattutto, una relazione umana, che è parte integrante della relazione di cura. I cittadini vogliono un medico preparato, competente, e che si faccia carico dei loro problemi, delle loro esigenze, comprendendone anche il disagio, il dramma che la malattia provoca. Da questa indagine esce sconfitta la visione burocratica della professione medica, imbrigliata da lacci e lacciuoli, da linee guida e protocolli, intesi non come raccomandazioni, ma come vincoli. Emergono invece, prepotenti e vincenti, i principi fondamentali di libertà, autonomia e indipendenza, scritti nel nostro Codice Deontologico".





# Quale futuro per la professione di Mmg nel XXI secolo?

Il XXXVII Congresso nazionale Snami, che si è svolto di recente a Sorrento, ha delineato le criticità e i vulnus che caratterizzano l'attuale esercizio della professione di Mmg nel nostro Paese. L'impegno futuro del sindacato sarà volto in primis a "colmare la mancanza di una vera strategia di riordino delle cure primarie e contrastare le Regioni che vorrebbero inventarsi 'modelli straordinari' di stravolgimento dell'assistenza territoriale"

Colmare la mancanza di una vera strategia di riordino delle cure primarie e contrastare le Regioni che vorrebbero inventarsi 'modelli straordinari' di stravolgimento dell'assistenza territoriale, volti di fatto a tagli mascherati da innovazione". È questo in primis l'obiettivo di Snami esplicitato dal riconfermato presidente nazionale Angelo Testa durante i lavori del XXXVII Congresso nazionale sindacale, svoltosi di recente a Sorrento. "Ci si deve concentrare sulla reale informatizzazione di tutto il sistema sanitario e sul governo clinico territoriale - ha sottolineato Testa - con presa in carico dei bisogni dei pazienti con particolare riferimento alla cronicità, sul finanziamento certo del comparto, sul rapido accesso di giovani medici nel sistema per tappare le falle di assistenza in essere in alcuni territori, soprattutto del Nord Italia e formarne degli altri medici per le prossime carenze dovute ai prepensionamenti ed ai pensionamenti".

Nella sua relazione il presidente Testa ha effettuato un'analisi panoramica delle problematiche che di fatto frenano e mortificano l'esercizio della professione tra cui spicca la burocrazia e a tale riguardo, parlando dell'aumento degli episodi di vio-

lenza contro i medici ha dichiarato: "Anche la burocrazia stupida è violenza, mortifica il nostro essere medici, così come i politici di turno che decidono sulla nostra testa il più delle volte, ignorando quello che è il nostro lavoro quotidiano".

#### La futura carenza dei medici

"La carenza dei medici è sempre più drammatica e a questo punto ci si chiede se è stata programmata appositamente oppure chi doveva programmare ha fallito? Rimane il fatto che nei prossimi dieci anni andrà in pensione una quantità spropositata di medici. Per noi dello Snami non ci deve essere nessuna sanatoria, nessun sorpasso e nessuno svilimento del merito con scorciatoie nella formazione. Dobbiamo aumentare le borse a seconda delle esigenze specifiche dei territori e lavorare affinché una riforma seria del comparto, che tutti vogliamo, passi attraverso un vero percorso di cambio generazionale. È ovvio che chi ha titolo previsto dalla normativa non può venir scavalcato da chi non ne ha, ma è altrettanto sacrosanto che chi ha maturato esperienza sul campo deve veder riconosciuto il giusto punteggio per poter concorrere".

"Chiedo al Ministero - ha chiosato Testa - di lavorare con i sindacati e le Regioni e di ristrutturare tale percorso con attenzione alle necessità di personale da formare, utilizzando tutte le figure professionalizzate alla formazione presenti sul territorio, senza quardare solo al colore della casacca che vestono. Il corso di formazione deve dare il titolo di specialista in Medicina Generale. Si dovrà fare molta attenzione a non squilibrare il sistema con immissione di più medici di quanti il sistema necessiti. Non si deve dare la possibilità alle Regioni di stravolgere la sanità con un turbinio di accordi regionali che rendono difforme l'assistenza a seconda di dove essa si esplichi. Se possono essere accettabili delle differenze regionali di sanità, lo devono essere in senso migliorativo di una cornice nazionale".

"Noi siamo un sindacato - ha concluso il presidente - siamo portatori di un interesse collettivo. L'interesse collettivo sindacale va tenuto distinto dall'interesse individuale dei medici, ma anche dall'interesse generale della società, del quale è portatore lo Stato. Dobbiamo superare il pudore di parlare di soldi. Noi vogliamo lavorare meglio e guadagnare di più. Se il medico lavora meglio ed è meglio retribuito ne godrà an-



che il paziente. Indebolire economicamente la categoria porterà solo i medici a dedicarsi alla attività privata o ad altre fonti di quadagno, trascurando l'assistenza pubblica".

Nel Congresso si è anche affrontato il tema del dissenso dei cittadini per la disorganizzazione in sanità che si ripercuote negativamente nei confronti dei Mma.

"Non abbiamo alcuna colpa delle politiche sanitarie dissennate - ha precisato Testa - ed è innegabile sia in corso un forte antagonismo da parte dei cittadini e degli operatori sanitari nei confronti dei tagli che di fatto stanno portando alla soppressione di servizi essenziali. È in essere un dissenso sociale che si è accumulato dietro ai disagi delle persone che devono aspettare ore ai Ps per le ordinarie lunghe liste di attesa per visite specialistiche o per altre prestazioni. È infatti innegabile il fallimento della riforma del Titolo V che va profondamente ripensato e se ogni Regione continuerà a far da sé sarà definitivamente compromesso l'universalismo del Ssn, che è già ampiamente certificato da innumerevoli disequaglianze, discriminazioni e iniquità tra ventuno differenti sistemi sanitari. La nostra mission - ha ribadito - è quella di garantire al comparto i giusti finanziamenti anche perché l'assistenza prossima futura che promuove modelli non più di attesa, per l'aumento dei pazienti fragili e cronici nella popolazione, ma di medicina di iniziativa, non può continuare a vedere la quota di spesa sanitaria finanziata per il settore pubblico in Italia essere molto inferiore a quella del resto dell'Europa occidentale. Oltre a tutto ciò occorre garantire la presenza per tutti i cittadini italiani di un medico di fiducia, in un sistema in cui la carenza di medici di medicina generale è insostenibile" "Rivisitare i meccanismi del corso di formazione di Medicina Generale e dell'accesso al corso universitario alla facoltà di Medicina - ha concluso - saranno le priorità dello Snami, al fine di avere medici formati che vogliono lavorare nel territorio e che saranno il nostro futuro".

#### La petizione dei giovani medici in formazione

La dott.ssa Autunnali Simona Maria - Responsabile Snami Medici in Formazione 2017-2018 ha presentato, durante il XXXVII Congresso Nazionale Snami, le istanze dei giovani medici. Istanze che sono state raggruppate in un documento consegnato al Ministero della Salute dalla delegazione dei giovani medici Snami, formata da Simona Autunna-

#### li. Vincenzo Di Pietro. Alessandro Fornasier, Lorenzo Lazzarotto.

Il Ministero si è reso disponibile ad accoglierne eventuali, integrandoli nella proposta ministeriale per risolvere il problema della carenza di medici, che è già rilevante in alcune Regioni e che presto diverrà importante su tutto il territorio nazionale.

#### Le richieste in sintesi

I giovani medici dello Snami chiedono:

• che la possibilità di accedere alla

convenzione con il Ssn, da parte di chi non ha ancora conseguito il titolo, ma stia frequentando il corso di formazione specifica, sia riservata alle zone in cui la carenza effettiva di medici impedisce ai cittadini di poter scegliere un medico già titolato.

- Propongono, laddove la situazione di carenza determinasse la necessità di impiegare un medico ancora in formazione, che ciò avvenga mediante una modalità che preveda il giusto equilibrio fra il lavoro convenzionale svolto e l'attività didattica da seguire, fermo restando che la formazione non dovrà subire alcuna riduzione.
- Chiedono che i provvedimenti adottati per contrastare la carenza dei medici non possano configurare alcun svantaggio per gli attuali corsisti.
- Ritengono che la frequenza del corso di formazione specifica in Medicina Generale sia una condizione imprescindibile con un accesso tramite

graduatoria unica e di merito. È indispensabile inoltre la programmazione dei posti da mettere a bando (sia con sia senza borsa di studio) in relazione alla reale necessità territoriale. Inoltre chiedono che l'accesso a tale concorso, sia consentito soltanto a professionisti meritevoli.

In merito alla questione del numero chiuso di accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, sottolineano che la programmazione necessaria di una buona amministrazione deve partire assolutamente dalla base: un giovane che ha l'opportunità di laurearsi e diventare un professionista della salute ha il diritto di specializzarsi e poter lavorare con le giuste competenze, offrendo anche un miglior servizio sanitario ai cittadini.

Auspicano che l'attenzione verso la Medicina Generale e la formazione dei giovani medici continui, concentrandosi presto anche sulla qualità del corso, mirando a uniformare l'offerta formativa in tutta la nazione.



## **Condivisione dati sanitari,** sicurezza e medici obiettori

Questi sono stati gli argomenti affrontati in un recente incontro pubblico, svoltosi nel comune di Marcallo con Casone dove al Mmg Nicola Di Lorenzo l'Ats Città Metropolitana di Milano ha revocato la convenzione perché si è rifiutato di allacciarsi al sistema regionale Siss

i è svolto di recente nel centro polifunzionale del comune magentino di Marcallo con Casone un incontro pubblico dal titolo "Salvaguardia e sicurezza della relazione medico-paziente nella Sanità digitale". La scelta del territorio non è casuale visto che proprio in quel comune è stato revocata la convenzione a Nicola Di Lorenzo - relatore e promotore del convegno medico di famiglia che si è rifiutato di allacciarsi al sistema regionale Siss. Il convegno è stato organizzato con il collega veronese Franco Del Zotti direttore della rete Netaudit, Membro della Commissione Ict della FNOMCeO, e con Claudio Destri dell'associazione Secur-Dott sulla sicurezza informatica.

Di Lorenzo nel suo intervento "L'obiezione di coscienza informatica" ha snocciolato i perché della sua scelta, sottolineando in primis la contraddizione di una professione che con il Giuramento di Ippocrate e il Codice deontologico (art. 10-11-12) vincola i medici al segreto professionale, alla riservatezza dei dati sensibili e nella convenzione li obbliga invece a dialogare con sistemi informatici regionali sulla cui sicurezza non v'è certezza.

#### La revoca della convenzione

E proprio su questa 'contraddizione' Di Lorenzo ha incentrato la battaglia con l'Ats Città Metropolitana di Milano, rispondendo alle ripetute diffide inviategli per il suo rifiuto ad allacciarsi alla rete regionale Siss. A luglio è arrivata l'estrema conseguenza di questa posizione: l'Ats gli ha revocato la convenzione. lo ha fatto senza neanche informare ufficialmente i suoi assistiti che avrebbero appreso la notizia attraverso un volantino esposto fuori dalla sede ambulatoriale del Mmg. Intanto i pazienti del dottor Di Lorenzo protestano e hanno dato vita ad una petizione per chiederne l'immediato reintegro.

#### Rischio sicurezza

Il rischio sicurezza relativo alla condivisione dei dati sanitari dei pazienti, in particolare quelli relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), è un problema estremamente attuale che torna alla ribalta delle cronache molto spesso. Basti pensare a quanto accaduto di recente a Treviso, dove un paziente si è visto rifiutare la stipula di un'assicurazione sulla vita perché la compagnia era a conoscenza dei suoi problemi di salute.

A proposito del FSE, è il caso di ricordare che l'attivazione da parte dei cittadini può avvenire secondo diverse modalità in quanto ogni Regione o provincia autonoma può prevedere autonomamente una o più procedure di attivazione. Tra le possibili modalità di attivazione vi sono: il recarsi presso il Mmg o il Pls, presso il personale delle strutture appartenenti al Ssn, direttamente on-line tramite un portale dedicato e con le autenticazioni necessarie, presso sportelli dedicati al cittadino. In Veneto la sperimentazionew prevede l'adesione dei medici di famiglia volontaria al progetto FSEr. Difformità che vengono sottolineate durante i lavori del convegno con gli annessi relativi rischi.

"Dopo l'applicazione del General Data Protection Regulation europeo sulla privacy, stiamo facendo scoperte inattese nei nostri studi ha dichiarato Del Zotti - il tecnico che ha valutato le misure messe in atto per proteggere i nostri dati ci ha detto che mediamente i professionisti, tutti quelli tenuti al segreto, sono adeguati al 25%, non sempre per colpe proprie. Ma di fronte a un tasso così basso come biasimare un collega che teme di non poter spedire i dati dei propri assistiti in sicurezza"?

## Potenziare le cure primarie e l'assistenza di base

I Paesi di tutto il mondo che fanno capo all'Oms hanno sottoscritto la Dichiarazione di Astana durante la recente Conferenza globale sull'assistenza primaria, promettendo di rafforzare i loro sistemi di assistenza sanitaria di base. C'è però un piccolo neo: la versione finale non include più la menzione specifica di medici di famiglia o di altri membri delle squadre di assistenza sanitaria primaria

a nuova sfida che è stata lanciata ad Astana (Kazakistan) durante la Conferenza globale sull'assistenza primaria che ha celebrato i 40 anni della Dichiarazione di Alma-Ata, cercando di apporre un nuovo tassello nel progetto "salute per tutti" - è rappresentata dalla evidenza che il potenziamento dell'assistenza sanitaria di base e il mettere la persona al centro, rappresenta il modo migliore per risolvere in maniera sostenibile ed efficace le principali criticità dei sistemi sanitari e socio sanitari. Chi però sperava che la medicina di famiglia fosse specificatamente inclusa nella dichiarazione è rimasto deluso. La bozza pubblica precedente includeva diverse discipline necessarie nel team di assistenza sanitaria primaria (PHC), ma queste sono state tutte rimosse nella versione finale firmata dagli Stati membri. Ciò non toglie che la medicina di famiglia sia stata menzionata più volte durante le sessioni plenarie; inoltre, diversi eventi collaterali durante la Conferenza globale sull'assistenza sanitaria primaria hanno messo in luce il lavoro e la portata dei medici di famiglia,

compresa la presentazione di pratiche familiari nella regione del Mediterraneo orientale: copertura sanitaria universale e assistenza primaria di qualità.

#### Le aree da potenziare

La Dichiarazione di Astana però esorta ad un rafforzamento delle scelte politiche governative per estendere i servizi sanitari di base attraverso un efficiente sistema di allocazione delle risorse.

Sette sono le aree di lavoro indicate:

- 1 ricerca, conoscenza ed esperienza;
- 2 formazione e sviluppo delle risorse umane nelle aree rurali e meno sviluppate;
- 3 uso delle tecnologie informatiche per proteggere i dati personali, monitorare le malattie;
- 4 migliorare l'accesso, la qualità e il coordinamento dei servizi;
- 5 finanziamento per un'assistenza sanitaria di base per ridurre inefficienze e disuguaglianze verso chi vive in situazioni di povertà, fragilità e nelle aree di conflitto;
- 6 promozione, trasmissione e sostegno alle persone e alle comuni-

tà nella conoscenza e nelle risorse su come mantenere la propria salute e quella di cui ci si prende cura sotto la quida di professioni sanitari;

7 sostegno da tutti i portatori di interesse - dai professionisti sanitari ad accademici, pazienti, fondazioni a realtà del settore privato nel cooperare con uno spirito collaborativo alla realizzazione di quanto espresso nella Dichiarazione nel rispetto dei diritti umani.

"Chiediamo a tutte le parti interessate - conclude la dichiarazione -, operatori sanitari, università, pazienti, società civile, partner locali e internazionali, agenzie e fondi, settore privato, organizzazioni religiose e altro, di allinearsi alle politiche, strategie e piani nazionali in tutti i settori, attraverso approcci incentrati sulla persona e sensibili al genere e intraprendere azioni congiunte per costruire Primary Health Care più forti e sostenibili verso il raggiungimento di UHC (copertura sanitaria universale). Sosterremo i Paesi affinché possano destinare risorse umane, tecnologiche, risorse finanziarie e di informazione sufficienti alla Primary Health Care".



## Nuova gestione cronici in Lombardia. Mmg da pilastro del Ssn a suo distruttore?

L'adesione alla riforma porta con sé la convinzione che questa sia una strada obbligata per la sostenibilità della sanità pubblica, invece rappresenta già uno step verso il privato

Maurizio Bardi - Medicina Generale, Milano - Medicina Democratica

on mi dilungo sull'importanza di una figura, quella del medico di medicina generale (Mmg), che conosce i propri assistiti, le loro storie sociali, familiari, lavorative e che è chiamata a riconoscere le emergenze, le urgenze, a capire quali sintomi vadano indagati e con quali tempi, che sappia fare prevenzione e abbia un occhio di riguardo alla salvaguardia delle risorse pubbliche. Partendo dalla riforma lombarda, sulla gestione delle cronicità, provo a spiegare perché, secondo me, proprio noi potremmo affossar la riforma sanitaria del '78 e i suoi principi. Vorrei inizialmente e rapidamente sottolineare tre punti riguardo la filosofia di fondo che permea la nuova presa in carico dei pazienti cronici in Lombardia:

- 1. Il miglioramento della salute dei cittadini non sembra essere una finalità perseguita, di salute nel testo della riforma non si parla praticamente mai.
- 2. Molti indizi portano a pensare che sia nata per favorire il grande capitale finanziario, già presente o in arrivo nel mondo della sanità lombarda.
- 3. Inserendo la figura del gestore, che è sempre un soggetto privato, viene meno il ruolo della pubblica amministrazione. Asl, Ats, Regione, Stato non saranno più tenute a tutelare la salute dei propri cittadini più fragili, delegando questo compito a soggetti privati. Questo passaggio, che avverrà attra-

verso un contratto di tipo assicurativo, è un salto di paradigma senza precedenti: non più esigibilità dei diritti, ma contrattazione privata. Ma, al momento, questo piano ha trovato parecchie resistenze.

Ci sono volute ben 6 delibere ad hoc. (l'ultima è datata 5 novembre DGR n. 754 ndr). Insomma un po' di modifiche in corso d'opera che hanno portato a dei risultati francamente imbarazzanti: gli ultimi dati ufficiali, prima dell'estate, mostravano un'adesione dei medici inferiore al 50% e dei pazienti inferiore al 10%. Tutto ciò, purtroppo, non ha costituito motivo sufficiente per un ritiro La mutazione genetica delle delibere, l'assessore alla sanità, Giulio Gallera, davanti all'impasse evidente ha dichiarato che ci vorranno 5 anni per andare a regime e quindi si va avanti. Due sono già passati.

#### Cosa è successo?

Quali sono stati i motivi di tanta resistenza? Prima di tutto il fatto che gli assistiti hanno poco compreso quello che gli veniva proposto: la lettera spedita dalla Regione alla vigilia delle elezioni regionali era piuttosto nebulosa. Di fatto i cittadini non se la sono sentita di affidare la gestione della propria salute a strutture sanitarie con una organizzazione rigida come gli ospedali e hanno, con le loro scelte, ribadito di fidarsi del proprio medico di medicina generale

(Mmg). Nel bene e nel male. Quindi una volta che i decisori politici hanno appurato che il ruolo degli ospedali è destinato, almeno per il momento, a rimanere marginale, la palla è tornata ai Mmg. Fino ad oggi la scelta dei medici è stata fondamentalmente fatta sulla base dell'adesione o meno a una cooperativa di medici. Chi ne faceva parte ha aderito, chi non ne faceva parte non ha aderito alla proposta regionale. In sintesi, sono le coop mediche che stanno evitando l'affossamento definitivo della riforma regionale.

## delle Coop mediche

Cerco di chiarire. Per delineare il profilo delle Coop mediche, è necessario partire dal comma 3 dall'art. 54 dell'Acn (2005) che disciplina le attività dei Mmg nell'ambito delle forme associative che sono distinte in:

- a. forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
- b. forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei co-

muni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

Nel comma 16 si specifica: "Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e Aziendali (...)".

#### Una promiscuità inopportuna

La maggior parte delle cooperative mediche fa capo a uno dei maggiori sindacati di categoria che ai tavoli delle trattative regionali non può non far valere tale mandato, favorendo le coop li dove c'è la possibilità di farlo. Non è fuori dalla realtà il fatto che esponenti sindacali di primo piano, soci di cooperative, vadano a trattare al tavolo regionale e nello stesso tempo ricoprano incarichi di rilievo all'interno di società private che forniscono supporto e servizi alle stesse cooperative. Senza scomodare il conflitto di interesse, si potrebbe però ragionare sull'opportunità di questa promiscuità. Secondo il dettato convenzionale le coop non dovrebbero avere i requisiti per prendere accordi con i pazienti né tanto meno per gestire le loro patologie: sono società costituite da medici che offrono servizi ai medici: servizi sin qui volti a far risparmiare il carico burocratico e anche economico nella conduzione di uno studio medico. Servizi assolutamente lodevoli e condivisibili. Questa cosa per cui le cooperative diventano gestori rappresenta una mutazione genetica: sono infatti le cooperative, intestatarie del patto di cura, che emetteranno fattura all'Ats. Il ruolo del Mmg rimane quello del clinical manager, che al di là dell'inglesismo e dell'enfasi che si vuol dare a questa definizione è né più né meno quello che ha sempre fatto: curare la persone.

#### Un salto di paradigma

Questa mutazione è a mio avviso pericolosa perché, come già sottolineato, segna il salto di paradigma da un servizio sanitario pubblico a un contratto di tipo assicurativo su base privata e presuppone l'accettazione di un vincolo economico tra medico e coop. Infatti stiamo assistendo a un arruolamento attivo, se così vogliamo dire, da parte dei Mmg dei propri assistiti con patologie croniche: se le buone sorti della cooperativa e il riconoscimento economico per la compilazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) dipendono dal numero di arruolati, non ci meravigliamo che ai pazienti sia chiesto, senza tante spiegazioni, e addirittura siano convocati apposta, di firmare un patto di cura senza neanche dire prima quali saranno le prestazioni a cui avrà diritto e come funzionerà tutto il sistema. A me e ai miei colleghi di studio non più del 10-15% degli assistiti con patologie croniche è venuto a chiedere informazioni e proprio nessuno è venuto a dirmi espressamente di volersi affidare a un gestore.

Un medico di medicina generale che aderisce può avere quindi un tornaconto economico (modesto, ma non trascurabile), di condivisione ideologica forse, forse come succede a quelli più realisti del re è persino convinto che così facendo si possa salvare la sanità pubblica, senza rendersi conto che questa operazione è già un passaggio al privato. lo credo che l'adesione releghi i medici in un piano di subalternità. A tempi medio lunghi saranno le cooperative a dettare le regole della presa in carico e laddove non saranno abbastanza forti cederanno il loro ruolo (e con esso i loro medici e i "loro" assistiti) a strutture sanitarie più grandi e attrezzate.

Sono loro che, d'accordo coi propri assistiti unici decisori finali, possono provare a tenere in vita una riforma nata male e proseguita peggio.

Recentemente anche il sindacato dei Mmg che maggiormente si è opposto alla riforma e che guida alcuni Ordini dei Medici Iombardi, tra i quali quello di Milano, sembra voler trovare un accordo con la Regione. Il 5 novembre, infatti, la Regione ha approvato la DGR n. 754 che recepisce l'intesa, tra Assessorato e Ordini dei medici della Lombardia, di modifica della normativa per la Presa in Carico dei cronici. Intesa in cui si prevede che dal 2019 anche il Mmg non aderente ad una Cooperativa potrà redigere il PAI in qualità di clinical manager dell'assistito, salvo pazienti affetti da malattie rare o particolarmente complesse che saranno "condivisi" con lo specialista.

Che fare? in attesa della sentenza del TAR e che tra i medici si apra una discussione franca, che sappia andare al di là delle diverse posizioni sindacali, bisogna continuare a parlare con i portatori di patologie croniche. Loro non hanno veramente nessun tornaconto ad affidarsi a un gestore, devono dire al loro medico che confermano la stima e la fiducia e vogliono continuare ad essere assistiti come lo sono sempre stati senza vincoli di mandato e senza firmare nulla.

Sintesi della relazione presentata al convegno: Campane a morto per il Servizio Sanitario Nazionale? Perché conviene alla nostra salute e alle nostre tasche difendere la sanità pubblica. Milano 27 ottobre 2018



# Quando il rapporto fiduciario diventa critico

Il medico di medicina generale ha un grosso vantaggio nel suo rapporto con il paziente rispetto alle altre tipologie professionali. La loro relazione si fonda su di un rapporto fiduciario che risulta essere una importante caratteristica del nostro Ssn. Tale rapporto, a volte, diventa estremamente critico

#### Alessandro Chiari

CSPS, Centro Studi Programmazione Sanitaria, Emilia Romagna

I rapporto fiduciario, vera forza del medico di medicina generale, esprime la sua grossa potenzialità nella relazione medicopaziente, instaurando un canale preferenziale nella comunicazione e nella cura della persona e tutela entrambe le figure. Naturalmente la premessa necessaria, dal punto di vista normativo e garantistico della strutturazione di questo tipico rapporto, è dato dalla libertà di scelta che ha, e che deve avere, il cittadino nei riguardi del medico di famiglia. La buona prassi vorrebbe anche che il futuro paziente si presentasse al medico prima di effettuarne la scelta per rendersi conto se tale preferenza è confacente alle sue aspettative.

Ricordiamo che, riguardo a questo aspetto, esiste un richiamo anche in convenzione che viene però, abitualmente, ignorato dalle Aziende.

#### **■■** II sistema

Aldilà della tutela garantita dalla libertà di scelta da parte del cittadino è comunque necessario comprendere che nel rapporto fiduciario non conta solamente questa priorità, ma un reale patto-contratto tra i due attori impegnati in questa relazione, a cui non può essere estranea l'organizzazione dell'ambulatorio stesso, gli orari, nonché le forme di comunicazione che vengono rese

fruibili dal Mmg e la sua disponibilità. Non dimenticando che l'organizzazione che si dà il medico stesso deve, sempre ed in ogni caso, essere aderente ai modi e tempi stabiliti dal contratto nazionale. Quindi l'accesso all'ambulatorio, la sua pianificazione temporale ed organizzativa diventano certamente un importante fattore in questo rapporto che viene poi sancito dalla fiducia che il medico riesce ad infondere con il suo operato clinico, terapeutico e relazionale. Il paziente instaura una relazione regolata da questa serie di fattori che non sono assolutamente secondari.

#### **■** Il punto critico

Detto questo, la mia esperienza lavorativa mi ha insegnato come sia facile per un paziente cambiare medico e come sia difficile, lacerante e critico, ricusare un paziente. Ma è anche vero che la turbativa del rapporto di fiducia è l'unica difesa che ha il medico in certe situazioni relazionali anomale. Tale relazione, infatti, può anche, e giustamente, essere pesantemente influenzata dal fatto che il paziente non rispetti la modalità logistica che il medico ha dato alla propria organizzazione dello studio o peggio che questi pretenda dal medico una serie di accertamenti e terapie che possono essere ritenuti assolutamente inutili, ma che fanno parte dell'influenza che ha, presso il richiedente, una facile e spesso inconsistente, se non menzognera, informazione che viene data dal web e da altri media, aldilà della giusta attenzione all'appropriatezza prescrittiva, che comunque deve essere rispettata.



# Per la sostenibilità del nostro Ssn bisogna investire di più in prevenzione e innovazione

La raccomandazione è stata lanciata a Roma alla XIII Edizione del Forum Meridiano Sanità in cui è stato presentato il Rapporto annuale Meridiano Sanità, elaborato da The European House - Ambrosetti. Secondo lo scenario previsionale di Meridiano Sanità, in Italia l'invecchiamento della popolazione e gli impatti delle patologie croniche proiettano la spesa sanitaria in percentuale sul Pil dal valore attuale di 6,6% all'8,3% nel 2050 mettendo a rischio la sostenibilità del nostro Ssn

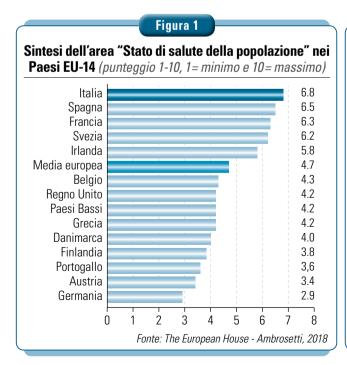
ccorre investire in prevenzione e innovazione per affrontare le sfide di salute del nostro Paese e rispondere alle esigenze dei cittadini. É questa la raccomandazione lanciata a Roma alla XIII Edizione del Forum Meridiano Sanità durante la quale è stato presentato il Rapporto annuale Meridiano Sanità, elaborato da The European House - Ambrosetti. Secondo il Meridiano Sanità Index - che ha l'o-

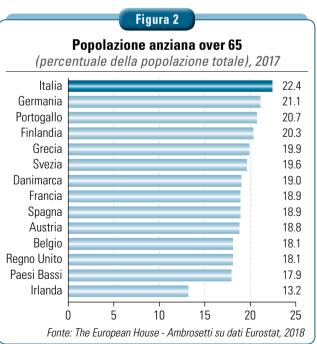
biettivo di fornire una valutazione multidimensionale delle performance del sistema sanitario attraverso un confronto con i principali Paesi europei - considerando lo stato di salute della popolazione, l'Italia è prima in Europa, migliorando dal terzo posto dello scorso anno (figura 1).

In occasione dei 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale, Meridiano Sanità fa una fotografia dello stato di salute dei cittadini raccontando la

transizione demografica ed epidemiologica dal 1978 ad oggi, identifica le maggiori sfide e traccia le priorità per il futuro.

Negli ultimi 40 anni i cittadini italiani hanno guadagnato quasi 10 anni di vita raggiungendo un'aspettativa di vita media alla nascita di 83,3 anni. L'Italia, infatti, registra il valore più alto di percentuale di popolazione anziana (over 65 anni) trai i Paesi europei pari al 22,4% (figura 2).





#### Invecchiamento, cronicità e Pil

Ma a fronte di una rilevante riduzione nella mortalità per alcune patologie ad alto impatto, come le malattie cardiovascolari, tumori e malattie metaboliche, si assiste ad un aumento esponenziale delle prevalenze, indice di una aumentata cronicizzazione, che richiede nuovi servizi di assistenza che il sistema è chiamato a garantire. All'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie croniche devono aggiungersi le sfide della multimorbilità, la minaccia globale dell'antimicrobico resistenza (AMR) e il contrasto delle malattie infettive. L'insieme di queste sfide impone una rinnovata attenzione alla prevenzione primaria e alla prevenzione secondaria. Se oggi l'Italia presenta uno stato di salute ottimo nel confronto europeo, in futuro il nostro Paese potrebbe non riuscire a garantire il mantenimento o il miglioramento delle *performance* registrate fino ad oggi. In Italia l'incidenza della spesa sanitaria totale su Pil è minore della media europea, soprattutto nella parte pubblica e nei prossimi anni è destinata a diminuire. L'invecchiamento della popolazione è però tipicamente accompagnato da un aumento delle malattie non trasmissibili e croniche generando una maggiore pressione sui sistemi sanitari e di assistenza socio-sanitaria. Il combinato di più persone anziane e di una spesa sanitaria proporzionalmente maggiore farà sì che larga parte dell'incremento di spesa sia concentrato nelle fasce più anziane della popolazione che porterà ad incidere in modo significativo sul Pil. Secondo il Rapporto 2018 di Meridiano Sanità l'invecchiamento della popolazione e gli impatti delle patologie croniche proiettano la spesa sanitaria in percentuale sul Pil dal valore attuale di 6,6% all'8,3% nel 2050, passando da 116 miliardi di euro di oggi a 213 miliardi di euro del 2050. Inoltre, sottolinea il Rapporto, in Italia "a livello territoriale sussistono evidenti difformità riquardanti lo stato di salute della popolazione e la capacità delle Regioni di preservarlo nel lungo periodo". Difformità che fanno registrare performance di salute migliori nelle regioni del Nord e peggiori in quelle del Sud. Un divario che sembra destinato ad aumentare nel tempo.

#### Che fare?

"È necessario indirizzare gli investimenti in sanità - si legge nel Rapporto - negli ambiti che promettono di generare maggiori risultati di salute a fronte delle risorse investite, secondo l'equazione di Meridiano Sanità: Prevenzione + Innovazione = Valore. Occorre dunque investire in prevenzione e innovazione per affrontare le sfide di salute del nostro Paese e rispondere alle esigenze dei cittadini. Infatti un aumento dell'1% dell'incidenza della spesa in prevenzione sulla spesa sanitaria comporta in media una diminuzione del 3,1% dell'incidenza della spesa per prestazioni terapeutiche, riabilitative, socio-assistenziali e previdenziali. Le patologie hanno impatti molto importanti non solo sul sistema sanitario e socioassistenziale, ma anche sul sistema produttivo ed economico. Nell'ambito delle patologie croniche ad alto impatto per il sistema, alcuni studi stimano ad esempio un impatto pari a 21 miliardi di euro per le patologie cardiovascolari e 19 miliardi di euro per i tumori. Anche le Nazioni Unite con gli Sustainable Development Goals (SDGs) affermano che obiettivi di crescita economica e di sviluppo sostenibile di un Paese non possono essere disgiunti da un miglioramento delle condizioni di salute e della qualità della vita dei cittadini".

#### Le proposte di Meridiano Sanità

#### Prevenzione

- Realizzare campagne per informare correttamente i cittadini circa le scelte di politica sanitaria in tema di Prevenzione Vaccinale basate sulle evidenze scientifiche per affrontare il fenomeno della diffidenza e del dissenso vaccinale.
- Migliorare, a livello organizzativo, il sistema di programmazione degli interventi e quello per il monitoraggio dei risultati delle campagne vaccinali e di screening. In particolare, accelerare l'implementazione di un'Anagrafe Vaccinale nazionale, utile per migliorare il processo di raccolta delle informazioni relative a vaccino-vi-
- gilanza sugli eventi avversi; inserire nei Lea indicatori sulle coperture vaccinali per tutti i vaccini inseriti nel PNPV; garantire in tutte le Regioni la chiamata attiva per i vaccini raccomandati e gratuiti e per lo screening cervicale, mammografico e del co-Ion-retto in modo omogeneo tra Regioni e tra Asl della stessa Regione. • Attivare i piani AMR a livello regio-
- nale, con particolare riferimento all'implementazione di strategie di



controllo delle infezioni, sorveglianza, attenzione alle buone pratiche assistenziali, implementazione di azioni di antimicrobial stewardship, con particolare riferimento all'ambiente ospedaliero, e sviluppo di protocolli standardizzati a livello regionale sull'utilizzo corretto degli antibiotici, promozione delle vaccinazioni tra gli adulti, i soggetti a rischio e gli operatori ospedalieri, formazione ed educazione di personale sanitario e cittadini.

- Incentivare la ricerca e sviluppo di farmaci e vaccini, come richiamato anche dall'OMS, per affrontare i meccanismi di resistenza dei batteri multiresistenti e definire procedure che permettano un accesso più rapido da parte degli specialisti agli antibiotici più innovativi.
- Individuare e diffondere le soluzioni più efficaci per la riduzione dei fattori di rischio modificabili (sedentarietà, fumo, sovrappeso e obesità, ipercolesterolemia, ipertensione, ecc.) delle patologie ad alto impatto, a partire dalle malattie cardiovascolari, i tumori e le patologie metaboliche, con riferimento sia ad azioni di prevenzione primaria, che secondaria.
- Rafforzare il ruolo recentemente ribadito nella dichiarazione di Astana dell'OMS delle cure primarie in generale e della medicina generale in particolare, per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie attraverso la definizione di percorsi individuali di prevenzione e presa in carico dei pazienti.
- Adottare programmi integrati di prevenzione primaria e secondaria per ridurre il peso delle patologie ad alto impatto, a partire dalle malattie cardiovascolari e i tumori, con interventi su fattori di rischio e fattori causali attraverso: maggiore educazione sugli stili di vita, diffusione di profilassi vaccinali e imple-

mentazione di percorsi strutturati di follow up per i pazienti ad alto rischio, utilizzando le terapie più efficaci, al fine di ridurre il riacutizzarsi delle patologie e i costi correlati.

#### Innovazione

- Accelerare l'organizzazione e l'attivazione, da parte delle Regioni, di percorsi di presa in carico delle persone fragili, con patologie croniche e non autosufficienti, ridefinendo i ruoli e le responsabilità degli operatori sanitari in coerenza con le linee di indirizzo dei Piani nazionali.
- Il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale ha l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza, prevedendo l'applicazione di PDTA condivisi e costruiti con la logica dell'Health Pathway Design, ovvero organizzando l'erogazione dei servizi e delle prestazioni in modo da massimizzare il valore per il paziente, ossia il rapporto fra outcome e costi riferibili al percorso (e non al singolo episodio di cura o alla singola tecnologia).
- Promuovere e sostenere la ricerca clinica e il finanziamento dell'innovazione. Da un lato occorre introdurre semplificazioni e omogeneizzazione delle regole e dei processi della ricerca clinica in Italia, con l'obiettivo di rendere il nostro Paese più attrattivo e competitivo e diventare un hub a livello europeo. Dall'altro lato occorre ridurre e monitorare i tempi di accesso all'innovazione tecnologica e farmacologica, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, e prevederne un adeguato finanziamento, attraverso mantenimento dei fondi ad hoc previsti per i medicinali innovativi. È importante inoltre cogliere l'opportunità offerta dalla digitalizzazione per la raccolta e analisi di biq data in sanità, che permette-

- ranno di misurare gli *outcome* di salute e la valutazione del ritorno dell'investimento in ottica di creazione di valore economico e sociale.
- Attivare una sperimentazione per ridurre le liste d'attesa utilizzando nuovi modelli organizzativi e tecnologie digitali, in parte già previste nel Piano della Sanità Digitale.
- Ridefinire la governance della spesa farmaceutica adottando un approccio olistico e value based, introducendo misure che possano correggere gli effetti distorsivi del sistema del payback che si sono generati in questi anni all'interno del sistema e che hanno creato forti criticità nel sistema di regolamentazione. È necessario prevedere un meccanismo di compensazione dei tetti (tetto spesa convenzionata 7,96% e tetto per acquisti diretti 6,89% per un totale di 14,85%) applicato sia a livello centrale sia a livello regionale con l'obiettivo di preservare le risorse destinate ai farmaci.
- Attivare un sistema di value based pricing, che tenga in considerazione ai fini del rapporto costo-efficacia di una nuova tecnologia sia l'innovatività terapeutica sia i costi evitati per il sistema sanitario con una prospettiva nel medio termine di considerare anche i vantaggi derivanti per il sistema sociale ed economico più ampio (costi previdenziali in primis). A questo proposito l'attivazione della sperimentazione Aifa della valutazione in Real Word Evidence dei costi evitati disposta dalla Legge di Bilancio 2018 rappresenta una ottima opportunità.
- Accelerare il processo di adozione della fatturazione elettronica come fonte dei dati regionali di spesa per migliorare la correttezza e la completezza dei dati di spesa regionali e il processo di programmazione della spesa e superare i contenziosi tra aziende e autorità regolatoria.

## AGGIORNAMENTI



#### ■ Cardiologia

- Peculiarità delle malattie cardiovascolari nella donna
- Rischio cardiovascolare, trigliceridi e Pufa n-3

#### ■ DIABETOLOGIA

Vaccinazione nel diabetico: ruolo della medicina generale

#### **■** Epatologia

Epatite E, malattia emergente da sorvegliare

#### ■ IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Antibiotico-resistenza, dall'ipotesi "igienica" all'igiene mirata

#### **■** Lipidologia

Ipercolesterolemia: dal congresso AHA le nuove linee guida

#### ■ Prevenzione

Obesità, alimentazione e rischio di tumore del colon-retto

#### ■ PSICHIATRIA

Disturbi mentali e interventi sulle malattie non trasmissibili

#### ■ CARDIOLOGIA

## Peculiarità delle malattie cardiovascolari nella donna

e malattie CV rappresentano la principale causa di morte nella popolazione femminile, con un numero assoluto di morti superiore rispetto al sesso maschile: tuttavia il tasso di mortalità CV "prematura" (prima dei 75 anni) è di gran lunga superiore negli uomini, dunque la mortalità CV è maggiore nelle donne, ma più tardiva. Durante il convegno "Sicurezza e malattie cardiovascolari nella donna" (Milano, 15/11/2018) organizzato da Onda - Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere - in collaborazione con Daiichi Sankyo Italia numerose esponenti della comunità scientifica del nostro Paese si sono confrontate sul tema. Una riflessione sugli argomenti affrontati ci è stata fornita da Felicita Andreotti. Professore Aggregato di Cardiologia, Università Cattolica del Sacro Cuore - Fondazione Policlinico Gemelli, IRCCS di Roma.

#### • Sindrome coronarica acuta

Nella popolazione femminile la sintomatologia è spesso atipica: dolore toracico atipico, ansia, astenia. Rispetto all'uomo, la cardiopatia ischemica nella donna si presenta 7-10 anni più tardi e si associa a un numero maggiore di fattori di rischio CV anche dopo normalizzazione per età, e a numerose comorbidità. Sono dunque pazienti con rischio di base più elevato, che meritano particolari attenzione da parte del clinico. Anche nella fase terapeutica va posto particolare impegno nella scelta e nel dosaggio della terapia antitrombotica, in quanto le donne presentano più spesso complicanze emorragiche maggiori rispetto agli uomini.

#### Patologie aritmiche

Anche se la prevalenza di fibrillazione atriale è maggiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile, essendo la donna più longeva il confronto nell'arco dell'intera vita di rischio di FA è pari per entrambi i sessi. La complicanza di ictus cardioembolico nelle donne sembra però essere più frequente: la questione aperta è che se il dato sia da riferire a una terapia sotto-ottimale di prevenzione nella donna oppure a un reale aumentato rischio di complicanze tromboemboliche, dopo correzione dei fattori confondenti. È interessante sottolineare che le differenze di genere nelle proprietà elettrofisiologiche cardiache cellulari rivestono un ruolo fondamentale nell'espressione clinica della patologia aritmica. Questo può essere fatto risalire, almeno in parte, ad assetti ormonali diversi, per esempio nella fase acuta dell'infarto nella donna prevale l'attivazione vaso-vagale mentre nell'uomo i dati suggeriscono che la

risposta sia tendenzialmente adrenergica, con tachiaritmie, anche fatali.

#### Tromboembolismo venoso

È interessante l'osservazione che nella fase acuta di tromboembolismo venoso (TEV) la mortalità per embolia polmonare o per complicanze emorragiche è maggiore nella donna rispetto all'uomo. Inoltre il TEV nella donna presenta alcune peculiarità: tra i fattori di rischio acquisiti ve ne sono alcuni che sono legati al genere femminile (gravidanza, puerperio, contraccezione. TOS). Queste condizioni aumentano il rischio tromboembolico anche in giovane età, quando il rischio di TEV è molto basso.

#### Cardioncologia

Le malattie CV sono la principale causa di morte nelle pazienti con cancro della mammella con età >50 anni. Tra i fattori di rischio peculiari troviamo infatti radioterapia e chemioterapia per neoplasia della mammella: le radiazioni ionizzanti aumentano il rischio di IMA e i trattamenti chemioterapici possono essere cardiotossici. Si stima che che nei "survivors" il rischio di morte per cause CV sia superiore al rischio di recidiva di tumore. Un problema dunque di proporzioni ragguardevoli e purtroppo ancora sottovalutato, che andrebbe affrontato in multidisciplinarità.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Felicita Andreotti

#### ■ CARDIOLOGIA

## Rischio cardiovascolare, trigliceridi e Pufa n-3

el corso degli ultimi anni un numero sempre crescente di evidenze ha confermato in maniera molto convincente che l'aumento dei valori di trigliceridi esercita un grande impatto sul rischio cardiovascolare. Probabilmente questa frazione lipidica rappresenta il principale determinante di quello che viene definito "rischio residuo". La correlazione tra eventi (infarto miocardico, coronaropatia, ictus ischemico, mortalità totale) e la trigliceridemia risulta essere di tipo fondamentalmente lineare, come emerge dall'analisi di due studi danesi, che rafforza ulteriormente il legame tra rilievo di laboratorio ed eventi. Lo studio PROVE IT-TIMI 22 ha dimostrato che nei soggetti che ricevevano una terapia ipolipemizzante (statine) dopo una sindrome coronarica acuta (ACS), la persistenza di elevati livelli circolanti di trigliceridi era associata ad un aumentato rischio di eventi cardiovascolari. Confermando quindi il concetto che ottenere una riduzione sia del colesterolo LDL sia dei trigliceridi può essere un importante obiettivo cui puntare nei pazienti con sindrome coronarica acuta (JACC 2008; 51: 724).

L'ipotesi che i trigliceridi possono di per sé condizionare lo sviluppo e la

progressione della patologia aterosclerotica è assolutamente convincente, soprattutto in alcuni contesti quali il diabete mellito e la sindrome metabolica, condizioni cliniche tipicamente associate ad aumento della loro concentrazione. Altri studi. condotti in soggetti con sindrome metabolica e diabete di tipo 2, evidenziano come l'aumento di guesta frazione lipidica condizioni un aumento dell'aggregazione piastrinica e della produzione di trombossano. che sono da considerarsi momenti eziopatogenetici per i fenomeni aterotrombotici. Gli studi di genetica dal canto loro confermano l'evidenza che i polimorfismi genetici codificanti per un aumento dei livelli circolanti di trigliceridi condizionano anche un aumento del rischio di mortalità totale (NEJM 2016: 374: 1134). Nei soggetti portatori di mutazioni genetiche associate a riduzione dei livelli circolanti di trigliceridi si osserva invece una marcata riduzione degli eventi cardiovascolari (OR 0.56, p=0.05) (NEJM 2016; 374: 1123).

#### PUFA n-3 nel controllo dell'ipertrigliceridemia

Dotati di una elevata attività sulla frazione dei trigliceridi, di una scarsa o assente azione su C-LDL e C-HDL, i PUFA n-3 (EPA e DHA) rappresentano una scelta terapeutica dotata di un ottimale rapporto efficacia e tollerabilità. L'edizione 2016 delle linee guida europee per la gestione delle dislipidemie li inserisce tra le opzioni terapeutiche per il trattamento dell'ipertrigliceridemia (Eur Heart J 2016; 37: 2999). La riduzione dei livelli circolanti di trigliceridi in corso di trattamento con PUFA n-3 risponde ad una relazione di dose-dipendenza. Ad ogni incremento di 1 g/die del consumo di PUFA n-3 corrisponde una riduzione della trigliceridemia di circa il 10% con un effetto più evidente nei soggetti che al basale avevano una trigliceridemia più elevata, rispetto a chi partiva da valori più modesti di trigliceridi (JACC 2011; 58: 2047). Lo studio REDUCE-IT - presenta-

to al congresso dell'American Heart Association (Chicago, 10-12 novembre 2018) - ha arruolato soggetti con ipertrigliceridemia e valori di C-LDL a target, nei quali la somministrazione di Pufa n-3 ha determinato una riduzione del rischio di circa il 25% (p<0.001) degli eventi cardiovascolari e della morte.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giovambattista Desideri

#### ■ DIABETOLOGIA

## Vaccinazione nel diabetico: ruolo della medicina generale

✓ evidenza di un'aumentata suscettibilità dei pazienti diabetici nei confronti delle infezioni si inserisce in un contesto di elevato impatto epidemiologico e clinico-sanitario associato alla patologia. È generalmente accettato che il DM si associ a un'aumentata incidenza di alcune infezioni o ad una maggiore severità e/o frequenza di complicanze. Inoltre il DM si associa a un decorso più severo di diverse patologie infettive, con un aumentato rischio di ospedalizzazione e decesso rispetto ai soggetti euglicemici.

In tale contesto diverse società scientifiche italiane hanno collaborato al nuovo documento "Raccomandazioni intersocietarie per la vaccinazione nel paziente diabetico adulto".\*

Le raccomandazioni prevedono anche il sistematico counselling del medico di medicina generale nei confronti del paziente diabetico relativamente alla vaccinazione antinfluenzale e anti-pneumococcica, al controllo della copertura antitetanica, alle informazioni e consigli sulla vaccinazione anti-Herpes zoster. Inoltre suggeriscono la verifica nel soggetto con DMT1 della copertura vaccinale anti- meningococcica.

#### Herpes zoster

Tra le vaccinazioni previste dal PNPV 2017-19 nel soggetto diabetico è compresa anche quella nei confronti dell'herpes zoster (HZ). Diversi studi indicano che il DM rapparazione un importanto fottoro di ri

presenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo sia di HZ sia della sua temibile complicanza, la nevralgia post-erpetica.

Una metanalisi basata su 62 trial ha documentato, come i soggetti diabetici in particolare con DMT2 presentassero un rischio aumentato del 30% di sviluppare infezione da HZ.

Uno studio osservazionale retrospettivo ha mostrato come l'incidenza di HZ e di nevralgia post-erpetica fosse significativamente aumentata, del 78% e del 50%, rispettivamente, negli individui con DM rispetto ai soggetti euglicemici.

Un altro studio retrospettivo di coorte ha mostrato come l'infezione da HZ e la nevralgia post-erpetica si associavano a vari fattori/condizioni di rischio tra cui il DM. Nei diabetici è stato evidenziato come l'infezione erpetica risulti più frequente nelle donne e negli individui di età più avanzata, così come nei pazienti con complicanze micro e/o macrovascolari.

L'insorgenza di infezione da HZ nel

paziente diabetico si associa ad un importante burden anche sul piano economico con un maggior consumo di risorse sanitarie secondario a una più alta frequenza di visite ambulatoriali, utilizzo di farmaci antivirali, ospedalizzazioni, giornate di lavoro perse. È stato inoltre dimostrato come l'infezione da HZ possa peggiorare significativamente il controllo glicemico nel diabetico. La prevenzione degli episodi di infezione da HZ e della nevralgia post-erpetica si fonda sulla vaccinazione anti-HZ, ad oggi basata sulla disponibilità di un vaccino vivo attenuato, attualmente in commercio, al quale si aggiungerà in futuro in Italia un nuovo vaccino ricombinante adiuvato, di recente approvato anche a livello europeo, e già impiegato negli USA negli individui eleggibili, tra i quali quelli affetti da DM.

Nel PNPV 2017-19 la vaccinazione anti-HZ viene raccomandata e offerta attivamente oltre che alla coorte degli ultra- 65enni, anche ai soggetti di età >50 anni affetti da condizioni di rischio tra cui il DM.

L'obiettivo è quello di un graduale e progressivo aumento dei livelli di copertura a livello nazionale, fino a raggiungere quota 50% nel 2019.

\*Il Consensus statement intersocietario "Vaccinazioni raccomandate nel paziente diabetico adulto" è stato curato da Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItl), Società Italiana di Diabetologia (SID), Associazione Medici Diabetologi (AMD), Federazione Italiana Medici Medicina Generale (FIMMG), Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

#### **■ EPATOLOGIA**

## **Epatite E, malattia** emergente da sorvegliare

egli ultimi 30 anni nel nostro Paese si è assistito a un calo progressivo dell'incidenza dell'epatite A e, ancor di più, delle epatiti B. C e Delta. Si sta invece configurando come malattia emergente l'infezione da epatite E. per la quale si registra un aumento del numero di casi autoctoni (non collegati a viaggi in aree endemiche). Per il Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIE-VA) dell'Iss nel periodo 2007-2016 sono stati notificati 211 casi di epatite E acuta, soprattutto in soggetti d'età 35-54 anni e ≥55 anni, di sesso maschile (82%). Il 39% dei casi riguarda persone straniere (soprattutto provenienti da Paesi ad alta endemia quali Bangladesh, India e Pakistan), Come per l'epatite A, la trasmissione avviene per via oro-fecale, e l'acqua contaminata da feci è il veicolo principale dell'infezione. Il periodo di incubazione va da 15 a 64 giorni. L'infezione è spesso asintomatica e generalmente autolimitante, anche se sono riportati rari casi di cronicizzazione a carico soprattutto di soggetti immunocompromessi. La gravità delle infezioni può variare da malattia subclinica ad epatite fulminante.

Il decorso clinico può essere particolarmente severo nelle donne in gravidanza, in particolare durante il terzo trimestre, con una letalità che può raggiungere il 20%.

I maggiori fattori di rischio sono il consumo di frutti di mare crudi o poco cotti e i viaggi in aree endemiche, sebbene anche in Italia, come in altri Paesi industrializzati, stiano aumentando i casi autoctoni. La maggior parte di questi è attribuibile ad HEV genotipo 3 che ha un'alta prevalenza anche in alcuni animali, principalmente i maiali. Nel periodo 2012-2015, all'interno di una sorveglianza speciale dell'epatite E in Italia, è risultato che il 72.5% dei casi notificati riportava consumo di carne di maiale.

La stretta omologia genetica tra ceppi HEV umani e ceppi HEV infettanti gli animali (maiali in particolare). riscontrata in diversi studi, fa riconoscere l'epatite E come possibile zoonosi la cui trasmissione potrebbe avvenire per un'esposizione occupazionale (allevatori di maiali, veterinari, lavoratori in industrie che preparano prodotti alimentari a base di carne di maiale) attraverso il contatto diretto con secreti, escreti o organi contaminati con materiale fecale contenente il virus, o attraverso l'ingestione di prodotti alimentari contaminati a base di carne di maiale, consumati crudi o poco cotti.

#### Nuove indicazioni europee

Sulla base della considerazione che l'infezione da HEV è una causa significativa di morbilità e mortalità, che rappresentano un importante globale problema di salute e che l'epidemiologia è cambiata completamente negli ultimi dieci anni l'European Association for the Study of the Liver (EASD) ha reso disponibili nuove linee guida sulla gestione in pratica clinica.

Gli esperti raccomandano che nei pazienti con sintomatologia riferibile ad epatite acuta dovrebbe essere indagata la presenza di epatite E e si suggerisce di valutare l'infezione in presenza di malattia epatica cronica di natura non nota e che è necessario testare l'HEV in tutti i pazienti immunosoppressi con anomalie anche lievi ai test di funzionalità epatica. Il test diagnostico per l'identificazione prevede la combinazione di test sierologici e tecniche di amplificazione degli acidi nucleici (NAT) e che il NAT è necessario per la diagnosi di infezione cronica. Il trattamento con ribavirina può essere preso in considerazione nei casi di epatite acuta grave o insufficienza epatica cronica acuta, mentre il trapianto del fegato può essere necessario per i casi più gravi. Un vaccino per prevenire l'infezione è stato sviluppato e autorizzato in Cina, ma non è ancora disponibile altrove.

#### Bibliografia

- www.epicentro.iss.it Seieva (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta).
- EASL. Clinical Practice Guidelines on hepatitis E virus infection. J Hepatology 2018; 68: 1256-71.

#### ■ GIENE E MEDICINA PREVENTIVA

## Antibiotico-resistenza, dall'ipotesi "igienica" all'igiene mirata

a lotta all'antibiotico-resistenza passa anche attraverso una corretta igiene della casa e della persona, oltre che dei luoghi di cura. La Sitl (Società Italiana di lgiene) ha diffuso un documento dell'International Scientific Forum on Home Hygiene (IFH) che formula raccomandazioni per lo sviluppo di un approccio efficace all'igiene con una serie di inviti all'azione, dal lavaggio delle mani, all'attenzione massima alle tossinfezioni alimentari di origine domestica, alla limitazione dell'uso degli antibiotici fino all'uso dei disinfettanti domestici da limitare alle situazioni ad alto rischio per la trasmissione di infezioni.

"Uno dei problemi che oggi dobbiamo affrontare, è che siamo disorientati nei confronti dell'igiene, che cosa sia e in che modo si differenzi dalla pulizia - ha commentato Carlo Signorelli, Ordinario di Igiene e past-president della SItI. Ci siamo convinti dell'idea che siamo diventati troppo puliti per il nostro bene e che la mancanza di esposizione ai germi sta rendendo debole il sistema immunitario e che questo stia causando il rapido aumento di allergie, malattie autoimmuni e altre malattie aumentate negli ultimi anni".

#### Punti chiave del documento

- L'igiene a casa e nella vita quotidiana è parte vitale di una salute sostenibile, non solo per prevenire le malattie infettive di per sé, ma anche perché è la chiave per affrontare l'antibiotico-resistenza, riducendo la necessità di prescrivere antibiotici e prevenendo la diffusione di ceppi resistenti.
- Di vitale importanza per la salute è costruire e sostenere un microbioma umano eterogeneo.

La mancanza dell'esposizione ai microrganismi negli habitat umani, animali e naturali viene ora associato a crescenti livelli di malattie allergiche e autoimmuni, a malattie infiammatorie intestinali, a diabete mellito di tipo 1 e ad altre malattie. Ma "essere troppo puliti" non è un problema. Gli esperti concordano sul fatto che i livelli crescenti di allergie e altre malattie siano in gran parte dovuti piuttosto a cambiamenti nello stile di vita (per esempio taglio cesareo piuttosto che parto naturale, minor tempo trascorso in luoghi aperti, alimentazione non corretta, uso di antibiotici) che influenzano la nostra capacità di sostenere un microbioma sano.

- Come risultato delle continue comunicazioni con il pubblico, l'igiene è ancora ampiamente vista come sinonimo di pulizia mirata a eradicare lo sporco, considerato come la principale fonte di microrganismi dannosi. La diffusa pubblicità data all'ipotesi "igienica" dal momento in cui è stata proposta per la prima volta negli anni '90, ha portato ad una prevalente convinzione che siamo diventati "troppo puliti per il nostro bene". Viene ancora costantemente ripetuto il malinteso secondo cui abbiamo bisogno dell'esposizione a microrganismi nocivi per costruire un sistema immunitario forte, anche se questo concetto è stato ora confutato.
- L'igiene mirata è un nuovo approccio semplice, credibile e sostenibile. Significa focalizzare le nostre pratiche igieniche nei luoghi e nei momenti in cui è più probabile che si diffondano microrganismi dannosi, piuttosto che considerare l'igiene come "pulizia" volta a eradicare lo sporco, dove lo sporco è visto come la principale fonte di microrganismi dannosi.
- L'igiene mirata fornisce un quadro per l'ottimizzazione della protezione nei confronti delle infezioni pur consentendo la massima esposizione al nostro mondo microbico. Permette anche di utilizzare le risorse (calore, acqua, azione meccanica, detergenti, disinfettanti) in un modo sostenibile che riduce al minimo l'impatto ambientale e di altro tipo.

<sup>•</sup> Fonte: www.societaitalianaigiene.org

#### ■ LIPIDOLOGIA

## **Ipercolesterolemia:** dal congresso AHA le nuove linee guida

I congresso dell'American Heart Association (Chicago, 10-12/11/2018) è stato presentato l'aggiornamento delle linee quida per la gestione delle ipercolesterolemie, in cui viene sottolineato il ruolo dei nuovi farmaci e la necessità di un approccio terapeutico personalizzato. Il documento rafforza l'importanza delle modifiche dello stile di vita e le raccomandazioni si basano sull'individuazione e sul trattamento dei fattori di rischio per le malattie CV.

#### Take-home message

Sono dieci i punti fondamentali contenuti nel nuovo documento.

- 1. Adottare una vita di stile di vita sano è una misura valida per tutti i pazienti.
- 2. Ai pazienti con malattia CV aterosclerotica clinica (ASCVD) deve essere prescritta una statina ad alta intensità o statina alla dose massima tollerata per la riduzione delle Ldl.
- 3. Nei pazienti con ASCVD ad alto rischio (definito come eventi CV multipli o un evento associato a più caratteristiche ad alto rischio) va considerata una terapia con farmaci diversi dalle statine se con queste non si raggiunge il target C-Ldl <70 mg/dL. La prima opzione è ezetimibe e se l'obiettivo non è raggiunto, può esse-

re considerato un inibitore PCSK9.

- 4. Ai pazienti con C-Ldl ≥190mg/dL deve essere prescritta una terapia con statine ad alta intensità indipendentemente dal rischio; ai pazienti ad alto rischio con DM l'opzione sono le statine ad alta intensità (obiettivo ridurre il C-Ldl di almeno il 50%.
- I punti che seguono sono riferiti a pazienti tra i 40 e i 75 anni.
- 5. Prima di introdurre la statina in prevenzione primaria, la terapia va discussa con il paziente.
- 6. Nei pazienti con diabete e C-Ldl di almeno 70 mg/dL, la terapia con statine di intensità moderata deve essere avviata indipendentemente dal rischio di ASCVD a 10 anni.
- 7. In presenza di C-Ldl ≥70 mg/dL, senza diabete e con rischio di ASCVD a 10 anni di almeno il 7.5%, è raccomandato un regime con statine di intensità moderata se il profilo di rischio lo consiglia. In caso di livello di rischio incerto, il punteggio della calcificazione dell'arteria coronaria può essere utilizzato per migliorare la specificità. Se viene prescritta la terapia con statine, l'obiettivo dovrebbe essere la riduzione di C-Ldl di almeno il 30% (almeno il 50% se il rischio di malattia cardiovascolare aterosclerotica a 10 anni è ≥20%).
- 8. In presenza di C-Ldl ≥70 mg/dL, senza diabete e con rischio di ASCVD

- a 10 anni compreso tra 7.5% e 19.9%. vanno effettuati interventi mirati ai fattori di rischio personalizzando al meglio una eventuale terapia con statine. Fattori che aumentano il rischio includono storia familiare di ASCVD prematura, livelli di C-Ldl persistente di almeno 160 mg/dL, sindrome metabolica, malattia renale cronica, preeclampsia, menopausa precoce, malattie infiammatorie croniche, appartenenza a una razza/etnia ad alto rischio, livelli persistentemente elevati di: trigliceridi (almeno 175 mg/dL), apolipoproteina B, PCRhs, indice caviglia-braccio <0.9 e lipoproteina (a) ≥50 mg/dL.
- 9. In presenza di C-Ldl ≥70 mg/dL, senza diabete e con rischio ASCVD a 10 anni compreso tra 7.5% e 19.9%, se non si riesce a ottenere un miglioramento del livello di rischio va presa in considerazione la misurazione del punteggio di calcificazione coronarica (CAC): la terapia con statine deve essere iniziata in pazienti con: punteggio CAC di 100 unità Agatston o più, punteggio compreso tra 1 e 99 unità Agatston e non deve essere iniziata in pazienti con un punteggio CAC di 0, a meno che non siano fumatori, abbiano il diabete o una storia familiare di CVD aterosclerotica precoce.
- 10. Dopo aver iniziato la terapia ipolipemizzante, è bene valutare l'aderenza e la risposta alle misure farmacologiche e sullo stile di vita a 4-12 settimane, e in seguito a 3-12 mesi.
- Grundy SM et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/ AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/ PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2018; 000: e000-e000. DOI: 10.1161/ CIR.0000000000000625

#### ■ PREVENZIONE

## Obesità, alimentazione e rischio di tumore del colon-retto

/ obesità appare associata ad un aumentato rischio di insorgenza precoce di tumore del colon-retto nelle giovani donne adulte, rafforzando i benefici del mantenimento di un peso nella norma per tutto l'arco della vita.

Sono le conclusioni dello studio di coorte "Nurse Health Study", che ha seguito 85.252 infermiere, di età compresa tra i 25 e i 42 anni, per oltre 20 anni (dal 1989 al 2011).1

Al momento dell'arruolamento non erano presenti neoplasie né malattie infiammatorie intestinali. Durante il follow-up, ogni 2 anni venivano registrati i dati antropometrici (in particolare peso corporeo e BMI) e si acquisivano informazioni sullo stile di vita.

Al termine dello studio secondo i risultati dell'analisi le donne con BMI ≥30 kg/m<sup>2</sup> avevano un rischio relativo di 1.93 (IC 95%, 1,15-3.25) rispetto alle donne con BMI normale nell'intervallo 18.5-22.9

Gli autori hanno calcolato inoltre che per ogni 5 unità di aumento di BMI il rischio aumentava del 20%. Il rischio di sviluppare un tumore del colon in età precoce appariva inoltre correlato al peso corporeo presente all'età di 18 anni; nelle

donne in sovrappeso a 18 anni, rispetto alle normopeso alla stessa età il rischio risultava maggiorato del 32%, mentre per le donne già obese a 18 anni il rischio era aumentato del 63%.

#### Ruolo dei fattori di rischio

• Uno studio<sup>2</sup> condotto in Italia e Svizzera su persone di età <45 anni, ha evidenziato che una dieta a base di carne si associava ad un aumentato rischio di tumore del colon, mentre quella ricca di frutta, verdura e pesce risultava protettiva. Inoltre una storia familiare di cancro del colon-retto è un fattore di rischio più forte nei soggetti giovani rispetto a quelli con età ≥50 anni.

Altri studi ancora hanno dimostrato che una dieta ricca di grassi e proteine animali e povera di fibre si associa ad un aumento dei tumori intestinali: viceversa, una dieta ricca di fibre (da frutta e vegetali) avrebbe un ruolo protettivo.

 Un altro studio<sup>3</sup> rivela che ad aumentare il rischio di tumore sarebbero le diete pro-infiammatorie; l'osservazione deriva dall'analisi di circa 47mila uomini arruolati nello studio Health Professionals

Follow-up Study e di oltre 74 mila donne del Nurses' Health Study. L'analisi rivela che particolarmente a rischio sarebbe il consumo di carni rosse e conservate.

L'anello di congiunzione tra dieta "errata" e tumore del colon potrebbe essere il microbioma intestinale, che verrebbe resettato in modalità "cancerogena" da una dieta poco sana.

Anche l'alcol rappresenta un importante fattore di rischio dietetico non solo per il tumore del colon, ma di tutte le neoplasie del tratto gastrointestinale (e del cavo orale). È importante sottolineare che il rischio zero non esiste, a nessun livello di consumo. Il consiglio degli esperti è di non superare due bicchieri di vino da 125 ml/die per ali uomini e uno per le donne.

La sedentarietà infine rappresenta un fattore di rischio importante anche per il cancro del colon e spesso le persone obese o in sovrappeso sono anche sedentarie.

#### Bibliografia

- 1. Po-Hong Liu et al. Association of obesity with risk of early-onset colorectal cancer among women. JAMA Oncol 2018; doi: 10.1001/ jamaoncol.2018.4280.
- 2. Rosato V et al. Risk factors for young-onset colorectal cancer. Cancer Causes Control 2013; 24: 335-41.
- **3.** Association of dietary inflammatory potential with colorectal cancer risk in men and women. JAMA Oncol 2018; 4: 366-73.

#### ■ PSICHIATRIA

## Disturbi mentali e interventi sulle malattie non trasmissibili

I peso globale in termini epidemiologici e di costi dei disturbi mentali è in continua crescita. Oltre a causare una grande percentuale di morbilità i disturbi mentali gravi - DMG - (definiti come un gruppo di condizioni che includono depressione da moderata a grave, disturbo bipolare e schizofrenia e altri disturbi psicotici) sono collegati a esiti di salute peggiori e ad un aumento della mortalità: questi soggetti hanno una mortalità media da due a tre volte superiore rispetto alla popolazione generale, che si traduce in una riduzione dell'aspettativa di vita dai 10 ai 20 anni. Su questi presupposti l'OMS ha pubblicato le nuove linee guida "Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders", con l'obiettivo di migliorare la gestione delle condizioni di salute fisica negli adulti con DMG e di supportare la riduzione dei comportamenti individuali che costituiscono fattori di rischio.

Una sezione è dedicata al setting delle cure primarie e agli interventi possibili di prevenzione delle malattie non trasmissibili, con raccomandazioni per la cessazione del tabagismo, gestione del peso, prevenzione delle malattie cardiovascolari, compresa la gestione del diabete e prevenzione delle complicanze, trattamento e prevenzione delle malattie respiratorie croniche.

#### Principali raccomandazioni

- Tabagismo: per la cessazione del fumo andrebbero considerati sia interventi non farmacologici sia farmacologici (terapia sostitutiva con vareniclina, bupropione e nicotina), tenendo conto delle controindicazioni e delle potenziali interazioni tra buproprione e vareniclina con farmaci psicotropi.
- Sovrappeso/obesità: gli interventi sullo stile di vita comportamentale (dieta sana, attività fisica) dovrebbero essere considerati in tutte le persone con gravi disturbi mentali in sovrappeso od obesi o a rischio per queste condizioni. La terapia farmacologica iniziale del disturbo mentale dovrebbe prendere in considerazione il farmaco psicotropico con minore propensione all'aumento di peso, tenendo conto dei benefici clinici e dei potenziali effetti avversi.
- Uso di sostanze: interventi non farmacologici (per esempio interventi motivazionali) possono essere considerati e adattati ai bisogni delle persone con gravi disturbi mentali e

disturbi da uso di sostanze. Va considerato il potenziale rischio di pericolose interazioni tra medicinali usati per il trattamento di disturbi da uso di sostanze e quelli per i disturbi mentali.

- Malattia e rischio cardiovascolare: possono essere presi in considerazione appropriati interventi comportamentali (dieta sana, attività fisica), che dovrebbero essere adattati alle esigenze di questa popolazione. È auspicabile un approccio multi-professionale con un piano di gestione strutturato. In presenza di pre-esistente malattia CV dovrebbe essere utilizzato un farmaco psicotropico con minore propensione al rischio cardiovascolare, tenendo conto anche in questo caso dei benefici clinici e dei potenziali effetti avversi. È necessario aumentare la consapevolezza delle potenziali interazioni tra i farmaci cardiovascolari e farmaci psicotropi, che possono influire sul sistema CV. Dovrebbero essere monitorati esiti CV e fattori di rischio e se necessario aggiustate le dosi.
- Diabete mellito: nei pazienti con depressione e diabete mellito. può essere considerata la terapia cognitivo-comportamentale. Sempre tenendo conto dei benefici clinici e dei potenziali effetti avversi dovrebbe essere utilizzato di un farmaco antipsicotico con una minore propensione alla produzione di iperglicemia.

#### Bibliografia

 WHO. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders 2018, www.who.int



# Invecchiamento cerebrale, disabilità intellettiva e demenza

È auspicabile la diagnosi precoce dei disturbi neurocognitivi nella forma lieve, laddove gli interventi terapeutici possono essere più efficaci: approcci di tipo farmacologico, psicologico e riabilitativo, oltre alla modifica degli stili di vita, possono condizionare in positivo le funzioni cognitive rallentando la processualità morbosa

#### Ferdinando Pellegrino

Psichiatra, Salerno

ell'immaginario collettivo un deficit da memoria è classicamente associato all'invecchiamento cerebrale, anche se rappresenta solo un aspetto delle funzioni cognitive che oggi vanno valutate nella loro complessità.

La compromissione della memoria a breve termine rappresenta di per sé un disturbo cognitivo di grande impatto correlato all'età: si dimenticano più frequentemente i nomi, si perdono con facilità oggetti come le chiavi, ci si ricorda dei punti essenziali di una determinata questione ma si fa fatica a ricordare i dettagli e ad assimilare nuove informazioni.

Ma di ridotta efficacia appaiono anche le funzioni esecutive: si assiste a una mancata soppressione delle interferenze (difficoltà a gestire gli stimoli interferenti), si commettono errori perseverativi con difficoltà di organizzazione della memoria di lavoro, con riduzione dell'efficienza e della capacità di giudizio.

Il soggetto rende di meno, riesce a conservare una discreta efficacia cognitiva compensando le lacune con alcune strategie (prendere appunti, controllare più volte lo svolgimento di un compito, ecc), ma, nel tempo, egli stesso avverte un disagio sempre crescente nell'eseguire le stesse prestazioni e anche gli altri si accorgono che c'è qualcosa che non va.

Dapprima si tende ad attribuire la colpa di tutto ciò allo stress, ai problemi della vita, alla stanchezza, a patologie come il diabete o l'ipertensione, ad eventi come la morte del coniuge o la perdita del posto di lavoro.

Ma quando inizia una vera patologia? Quando si può parlare di disturbo neurocognitivo (DNC)?

Il disagio nasce quando le abilità intellettive di un soggetto - valutate nei sei domini delle funzioni cognitive rapportate ad un precedente livello di funzionamento (tabella 1) appaiono compromesse, sia pure per gradi e tempi diversi, dando luogo a guadri clinici che il DSM 5 ha distinto in due categorie diagnostiche, il Disturbo neurocognitivo lieve (definito in passato come Mild Cognitive Impairment, MCI) e il Disturbo neurocognitivo maggiore (demenza), lasciando ampio margine al clinico nel valutare la diversa gradazione di tale distinzione.

#### Disturbo neurocognitivo lieve

#### • II DNC lieve si presenta con:

a. un modesto deficit cognitivo rispetto al livello precedente di prestazione;

b. una conservazione dell'autonomia personale pur dovendo, il soggetto, attuare strategie compensatorie o di adattamento per la gestione delle attività quotidiane; deve cioè "sforzarsi di più" rispetto al passato.

#### II DNC maggiore si caratterizza dalla presenza di:

a. una significativa compromissione delle funzioni cognitive rispetto ad un livello precedente di prestazione;
b. una compromissione importante del livello di autonomia personale.

#### **Diagnosi**

La diagnosi si basa su un'attenta valutazione clinica supportata da test neuropsicologici, come il Mini Mental State Examination (MMSE) o l'Esame Neuropsicologico Breve (ENB2), per una determinazione più accurata del livello di disabilità acquisita.

Molte informazioni devono essere attinte da terzi - familiari, amici -

#### Tabella 1

#### Le funzioni cognitive

L'approccio alla compromissione delle funzioni cognitive prevede la valutazione di sei domini che vengono rapportati alla funzionalità dell'individuo.

1. Attenzione complessa	Capacità di mantenere e/o prestare attenzione a più cose contemporaneamente, la capacità di elaborare nuovi stimoli
2. Funzione esecutiva	Prendere decisioni, flessibilità mentale, capacità di pianificazione, di critica
3. Funzione percettivo-motoria	Percezioni visive, funzioni prassiche e gnosiche
4. Cognizione sociale	Riconoscimento e gestione delle emozioni
5. Apprendimento e memoria	Memoria a breve, capacità di apprendimento di nuove nozioni
6. Linguaggio	Fluenza, grammatica

La memoria è solo un aspetto della complessità delle funzioni cognitive: nel valutare il livello della loro compromissione (da lieve a maggiore) il clinico deve saper cogliere gli aspetti legati all'autonomia dell'individuo e alla sua capacità di interagire con gli altri e con l'ambiente

considerando che la presenza di un elevato livello cultuale può rendere più difficile la valutazione dei deficit cognitivi, soprattutto nelle fasi iniziali della processualità morbosa.

La distinzione tra DNC maggiore e lieve è puramente arbitraria: essi infatti si trovano su un continuum dello spettro di deterioramento cognitivo e funzionale.

Ciò significa che occorre partire dal quotidiano, comprendere quanto il soggetto sta cambiando le sue abitudini e il suo modo di essere. dì affrontare i problemi della vita, di gestire le difficoltà, di vivere le emozioni.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla diagnosi differenziale. mirata soprattutto a riconoscere forme di demenza reversibili e ad individuare sintomi trasversali ad altre patologie, come la depressione maggiore o la psicosi.

Il disturbo neurocognitivo può, infatti, manifestarsi soprattutto inizialmente con depressione del tono dell'umore, apatia, diminuita reattività emotiva, agitazione, irritabilità, somatizzazioni, polarizzazione ipocondriaca, astenia marcata, disinteresse per l'ambiente circostante. comportamenti inusuali o francamente disinibiti, deliri o allucinazioni. La valutazione di questi sintomi deve essere particolarmente attenta poiché possono essere indicativi di altri disturbi - fisici o psichici - che richiedono un adeguato trattamento.

#### **Diversi** sottotipi

I DNC si distinguono i diversi sottotipi che tuttavia nella pratica clinica possono dar ruolo a quadri misti caratterizzati da particolare complessità.



Esordio insidioso e graduale deficit relativo ad una o più aree delle funzioni cognitive; la progressione della malattia da DNC lieve a maggiore è graduale ed estremamente variabile, a volte con brevi plateau.

Il quadro demenziale si manifesta con compromissione della memoria associata ad altri deficit delle funzioni cognitive.

#### Degenerazione frontotemporale, maggiore o lieve

Esordio insidioso e progressione graduale con disinibizione comportamentale, apatia, inerzia, perdita di empatia e cambiamenti nelle abitudini alimentari (iperoralità); presenti anche relative difficoltà nel linguaggio, nella memoria e nelle funzioni percettivo-motorie. Evidenza di coinvolgimento del lobo frontale e/o temporale alle neuroimmagini.

#### Malattia a corpo di Lewy, maggiore o lieve

Esordio insidioso e progressione graduale. Presenza di allucinazioni visive ricorrenti, variazione dei livelli di vigilanza, parkinsonismo, alterazioni del sonno, spiccata sensibilità ai neurolettici, ripetute cadute e sincopi, con episodi transitori di perdita di coscienza. È freguente una disfunzione autonomica con ipotensione ortostatica e incontinenza urinaria.

#### Malattia vascolare, maggiore o lieve

Esordio legato ad eventi cerebrovascolari, con una sintomatologia variabile in rapporto alla loro natura e localizzazione. Tali lesioni - evidenti alle neuroimmagini - possono essere focali, multifocali o diffuse, dando luogo a diverse manifestazioni cliniche. Il declino delle fun-



zioni cognitive può essere acuto, graduale o fluttuante, con periodi di stabilità e anche di qualche mialioramento.

#### Trauma cranico. maggiore o lieve

Vi è l'evidenza di un trauma cranico, con amnesia post-traumatica, perdita di coscienza, disorientamento e confusione; sono presenti segni neurologici. Il disturbo neurocognitivo si manifesta dopo il trauma e persiste in rapporto alla natura ed estensione del trauma stesso.

#### Deficit da sostanze/ farmaci, maggiore o lieve

Deficit valutati in rapporto all'uso di sostanze o famaci: alcol, inalanti, sedativi, ansiolitici, politerapie. Si possono avere manifestazioni acute - un delirium - con successiva e variabile compromissione delle funzioni cognitive.

#### Infezione da HIV, maggiore o lieve

Presenza di un disturbo neurocognitivo con documentata infezione da virus dell'immunodeficienza.

#### Malattie da prioni, maggiori o lievi

Esordio insidioso, con rapida compromissione delle funzioni cognitive; presenti mioclono, atassia e possibili alterazioni comportamentali. Il tipo più comune è la malattia di Creutzfeldt-Jakob.

#### Morbo di Parkinson, maggiore o lieve

Il disturbo neurocognitivo si manifesta nel contesto della sintomatologia del morbo di Parkinson; esordio insidioso con graduale compromissione delle funzioni cognitive.

#### Malattia di Huntington, maggiore o lieve

La sintomatologia si sviluppa nel contesto della sintomatologia della malattia di Huntington.

#### Altre condizioni mediche, maggiori o lievi

Quadri clinici rapportati a specifiche patologie: disturbi endocrini, ipoperfusione da scompenso cardiaco, condizioni nutrizionali, lupus eritematoso sistemico, insufficienza epatica o renale, condizioni metaboliche.

Vi è una associazione temporale tra l'esordio o la riacutizzazione di una patologia medica e la compromissione delle funzioni coanitive: la sintomatologia migliora con il miglioramento o la stabilizzazione della patologia di base.

#### 12 Eziologie molteplici, maggiori o lievi

Si tratta di quadri clinici di frequente riscontro nella pratica clinica, in cui si è possibile ipotizzare che alla base del deficit cognitivo vi siano più eziologie, come nel caso dell'Alzheimer associato a patologie cerebrovascolari.

#### Senza specificazione

Categoria indicativa di disturbi oligosintomatici o di incerta attribuzione etiologica.

Tali sottotipi indicano la complessità della realtà clinica che spesso si presenta molto articolata con sovrapposizioni di sintomi difficili da identificare; sono frequenti quadri in comorbidità che rendono ancora più difficile la comprensione e la gestione dei processi assistenziali.

#### **Conclusioni**

È importante volgere gli sforzi verso una diagnosi precoce di questi disturbi, nella forma lieve, laddove gli sforzi terapeutici possono essere più efficaci: ciò che sappiamo è che interventi precoci, sia di tipo farmacologico che psicologico e riabilitativo, oltre agli interventi sullo stile di vita, possono condizionare in positivo le funzioni cognitive rallentando la processualità morbosa.

In particolare occorre incidere sulle cause di alcuni quadri demenziali: la prevenzione di ictus cerebrale, di patologie cardiovascolari, il controllo della glicemia nel paziente diabetico e della pressione arteriosa nell'iperteso o del colesterolo nei soggetti con dismetabolismo lipidico, la riduzione del fumo di sigarette, il controllo della dieta, l'attività fisica, la modulazione di politerapie non appropriate rappresentano indubbiamente interventi di particolare rilevanza nella prevenzione del disturbo neurocognitivo, oltre che incidenti sull'evoluzione del disturbo.

#### Bibliografia

- American Psychiatric Association. DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.
- Pellegrino F. La salute mentale clinica e trattamento, stress, ansia, dipendenze, depressione e altri disturbi. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2018.
- Stahl SM. Psicofarmacologia essenziale. Guida alla prescrizione. EdiErmes, Milano, 2014.

## Una colazione sincopata...

Mai raccontare il proprio mestiere, a meno che non siate disposti a fare innumerevoli consulenze gratuite da passeggio. Ma tant'è: al bar sotto casa un ottantenne in assenza di sintomi premonitori cade a terra e perde coscienza. Un'occasione per approfondire le due nuove importanti linee guida sulla sincope, ricordando però che anamnesi, esame obiettivo ed ECG sono i fondamenti per indagare sulle cause

**Domenica Basile -** Medicina Interna - Ospedale San Vito al Tagliamento (PN)

appuccino e brioche. Così inizia la mia giornata nel bar sotto casa, alle 7.40, dopo avere accompagnato i bimbi all'asilo. "Santa Tranquilla Colazione" prima dell'inizio del lavoro. Sfoglio il giornale in modo mirato alla pagina sportiva e mentre sono presa a leggere la pagella dei giocatori dell'Udinese, sento un tonfo. Alzo lo squardo. L'omone ottantenne che aveva ordinato un caffè corretto al banco, si trova a terra. Mi guardo attorno e provo per una frazione di secondo a fischiettare e a nascondermi tra le pagine del giornale. Il barista mi fissa: lui lo sa. Mai raccontare il proprio mestiere in giro, a meno che non siate disposti a fare innumerevoli consulenze gratuite da passeggio.

Ora il mio squardo si incrocia con quello di Giovanni, il barista, che sembra dirmi: "Allora, cosa aspetti ad intervenire?? Sei o non sei un medico?". Forse non è lo sguardo del barista a dirmi queste cose, ma la mia coscienza. Allora mi alzo, corro, mi getto sull'ottantenne a terra, valuto il polso, lo vedo respirare... il tutto tra l'ovazione della folla intorno (forse quest'ultimo particolare è frutto della mia mente). Il polso radiale è debole e bradicardico, la cute è pallida e sudata. Alcuni astanti gli sollevano gli arti inferiori e l'uomo inizia pian piano a riprendere coscienza. Il barista vorrebbe chiamare il 112, ma l'uomo, che si chiama Rodolfo, rifiuta categoricamente e pretende che gli venga rifatto il caffè corretto.

Chiamo in ambulatorio dicendo che farò un po' tardi per OC (Operazione Convincimento). Parlando con Rodolfo, mi dice pure che è diabetico e cardiopatico ("Forse due infartini un po' di anni fa", aggiunge in modo approssimativo).

Comincio allora a fare strani segnali al barista (strizzo l'occhio destro a ripetizione, storco la bocca verso sinistra esponendo a tratti la lingua, in modo che capisca di chiamare il 112; a briscola perdevo sempre perché non ho mai imparato i segni...). Rodolfo mi guarda strano e dice che forse è bene chiamare un'ambulanza per me visti i miei strani movimenti facciali. *Touché*.

Lo guardo meglio e vedo che il suo pelo canuto si tinge di rosso: una bella ferita lacero-contusa al cuoio cappelluto. Ideona: focus sulla ferita. Chi non accetterebbe di recarsi in PS per una bella sutura? "Per quella andiamo ma poi mi riportano qui, eh?!". Sono meglio di Macchiavelli. Neanche terminata la frase, entra nel bar il personale del 118. Il signor Rodolfo si stupisce di tanta celerità. L'ambulanza in realtà era già stata chiamata da Giovanni subito dopo il tonfo, indipendentemente sia dalla volontà di Rodolfo che dalle mie facce-segnale. La sanno lunga i baristi. Affido Rodolfo al personale del 118 ma. prima di riprendere la strada del lavoro, quardo l'ECG a 12 derivazioni che gli stanno facendo. "San Pancrazio!" esclamo ad alta voce. Tutti mi guardano. Rossa in volto. È l'espressione che uso con la mia bimbetta quando sono arrabbiata

e mi sfugge qualche parolaccia...". Se vi dicessi com'era l'ECG capireste già tutto, abbandonereste la lettura del caso clinico per andare a fare l'aperitivo con gli amici. Quindi me lo tengo per me perché voglio prima ripassare con voi le linee guida della sincope. E poi troppi aperitivi vi fanno male.

#### **Approfondimento**

Negli ultimi due anni sono uscite due importanti linee guida sulla sincope: nel 2017 ACC/AHA/HRS Syncope Guideline for the Evaluation and Management of Patients with Syncope e nel 2018 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope. Cerchiamo quindi di fare una sintesi di queste raccomandazioni, partendo dal principio.

Con sincope ci riferiamo a una brusca, transitoria e completa perdita di coscienza, associata all'incapacità di mantenere il tono posturale, con recupero rapido e spontaneo. Il meccanismo presunto è l'ipoperfusione cerebrale e non ci dovrebbero essere sintomi legati ad altre cause di perdita di coscienza non sincopali, come crisi epilettiche (anche se anche nella vera sincope ci possono essere, secondarie all'ipoperfusione cerebrale), pregresso trauma cranico o perdita di coscienza solo apparente.

#### **Cause principali**

Le cause principali della sincope si possono raggruppare in quattro gruppi:

- riflessa (termine che ha sostituito la pregressa definizione neuro-mediata)
- ortostatica
- aritmica
- da malattie strutturali cardio-polmonari. Sempre parlando di definizioni, ricordo



ai più legati al passato, che la definizione "lipotimia" è stata sostituita - da quando Berta filava - con il termine "presincope", quindi aggiornate il server.

Se le 4 cause di sincope sono quelle citate, le cause della perdita transitoria di coscienza sono molteplici (di cui una è la sincope). Quindi come primo passo, è importante capire se la perdita di coscienza è legata a una sincope vera e propria (ipoperfusione cerebrale) o ad altre cause non sincopali (epilessia, perdita di coscienza - PDC - post-trauma cranico, cause metaboliche, tossiche, psichiche, ecc).

Il signor Rodolfo, quando si è ripreso, mi ha riferito di non ricordare assolutamente alcun sintomo ma di essersi ritrovato a terra e aver visto me fare facce strane. Oltre tutto, Rodolfo ammette di essere anche diabetico e cardiopatico. Cosa ci fa pensare questa assenza completa di sintomi premonitori?

Innanzitutto ci fa alzare le antenne indicandoci, come fossero luci lampeggianti di Las Vegas, che la causa potrebbe essere verosimilmente cardiaca (uso "potrebbe" e "verosimilmente" perché in medicina gli algoritmi non sono mai lineari come sembrano e non bisogna mai scartare subito altre ipotesi). Ma nel caso di Rodolfo sarà proprio così... ricordatevi che io ho visto l'ECG!

Inoltre, il fatto di non avere sintomi prodromici, spesso fa sì che la caduta a terra causi traumi molto rilevanti (trauma cranico con emorragie cerebrali, frattura bacino/femore, ecc) e quindi anche questi ci devono fare sospettare cause rilevanti alla base della sincope. I classici sintomi prodromici sono: sensazione di calore, sudorazione, palpitazioni, offuscamento del visus, nausea, algie addominali aspecifiche, pallore, lampi visivi. Con quali elementi quindi posso iniziare il mio viaggio alla ricerca della causa della sincope?

Con tre cose che sembrano semplici, ma sono fondamentali:

- 1. anamnesi
- 2. esame obiettivo
- 3. ECG

Con questi elementi devo capire tante cose: innanzitutto se la sincope è vera o è una PDC da altre cause; quindi devo iniziare ad orientarmi verso l'eziologia della sincope (in modo da richiedere esami mirati) e poi - cosa non da poco - è fondamentale capire il setting di gestione del paziente (se necessita ospedalizzazione o meno).

Come quarto punto, dopo l'ECG, può essere inserito l'ecocardio là dove i primi tre punti non riescano né ad escludere né a confermare la presenza di una cardiopatia sottostante. Gli accertamenti successivi dipendono quindi dall'eziologia della sincope.

Ricordiamoci inoltre che, come in tutte le cose della vita, spesso convergono più fattori a determinare una sincope: l'età anziana (con meccanismi di regolazione pressoria meno efficace), comorbidità, utilizzo di farmaci (come betabloccanti o diuretici), malattia acuta (ad esempio infettiva) in atto.

Insomma la vecchietta anziana che sta in piedi tutta la Messa, in ambiente caldo, che ha assunto la sua terapia con 3 cp di furosemide e 50 mg di metoprololo senza ingerire liquidi e cibo per poter fare la Comunione ed è appena uscita da 5 giorni di influenza...beh, diciamo che è ad alto rischio di sincopare!

#### Elementi della valutazione

Vediamo ora gli elementi fondamentali che devo trarre dalla valutazione iniziale (anamnesi + esame obiettivo + ECG).

- All'anamnesi, devo informarmi in modo particolare sul numero-frequenza e durata degli episodi sincopali, esordio della sincope, posizione del paziente quando è sincopato, presenza o meno di fattori provocativi, sintomi associati, comorbidità, utilizzo di farmaci.
- ➤ All'esame obiettivo è importante valutare il polso e la pressione arteriosa (PA). Se sospetto la causa ortostatica la PA va misurata da disteso, da seduto, in piedi, circa ogni minuto finché la PA non raggiunge il suo nadir. Devo valutare

inoltre altri aspetti del sistema cardiovascolare (per es. la PA ad entrambi gli arti, che potrebbe indirizzarmi per una dissezione aortica o altro). È importante fare anche una valutazione neurologica, per valutare la presenza di segni neurologici focali (condizioni neurologiche non causano sincope, ma possono determinare alterazioni dello stato di coscienza: ecco perché vanno ricercate).

> All'elettrocardiogramma cosa mi aspetto di trovare che mi indichi che la causa è stata aritmica?

Diciamo subito che raramente l'ECG identifica la specifica causa aritmica, tuttavia ci sono dei reperti considerati diagnostici. Le linee guida ESC 2018 indicano i seguenti reperti ECG come altamente probabili per una causa aritmica della sincope:

- bradicardia persistente con FC <40 bpm o pausa sinusale >3 sec in paziente vigile
- BAV II grado tipo Mobitz 2
- BAV III grado
- blocco di branca alternante destra e sinistra
- tachicardia ventricolare o sopraventricolare con frequenza ventricolare elevata
- tachicardia ventricolare polimorfica non sostenuta con QT lungo o corto
- pacemaker o ICD malfunzionante con pause.

Vi sono poi condizioni che sono sospette di cardiopatia e quindi indicano la necessità di ulteriori approfondimenti: blocco bifascicolare, BAV II grado tipo Mobitz 1, bradicardia sinusale asintomatica (40-50 bpm) o fibrillazione atriale lenta, tachicardia ventricolare non sostenuta, segni di pre-eccitazione del QRS indicanti possibile sindrome di Wolff-Parkinson-White, BBdx con ST elevato in V1-V3 (sindrome di Brugada).

Ora mi chiederete: quale alterazioni elettrocardiografiche aveva il signor Rodolfo? Non abbiate fretta...leggete, leggete.

Una volta che ho raccolto informazioni rilevanti con questi tre strumenti (anamnesi, esame clinico ed ECG), è importante capire se la sincope è ad alto rischio o meno, e di conseguenza se devo ospedalizzare il paziente o no.

Secondo voi il barista Giovanni ha fatto bene o meno a chiamare l'ambulanza? (come vedete gli sto già scaricando la colpa...).

Diciamo che esistono diversi scores che identificano fattori di rischio di mortalità/morbidità a breve e lungo termine (Rose score, Syncope Risk Score, STePS, Boston Syncope Rule, ecc); tuttavia tutti questi studi presentano grandi limitazioni con molti fattori confondenti. La cosa più semplice è dunque conoscere i principali fattori di rischio a lungo e a breve termine e applicarli al nostro paziente.

Vi riporto i fattori di rischio principali a breve termine: maschio, età >60 anni, non prodromi, palpitazioni precedenti la PDC, sincope durante lo sforzo, alterazioni strutturali cardiache, scompenso cardiaco, malattie cerebrovascolari, trauma, anamnesi familiare di morte cardiaca improvvisa, parametri vitali alterati in modo persistente, evidenza di sanguinamento in atto, ECG anormale, troponina positiva.

I fattori di rischio a lungo termine invece includono, oltre a molti di quelli già citati, anche il diabete mellito, cancro, un elevato CHADS2 score e un anormale filtrato glomerulare.

Quindi sì, Giovanni ha fatto bene a chiamare l'ambulanza e i sanitari ad ospedalizzare Rodolfo. Il nostro omone sincopato infatti era maschio, aveva 80 anni, era diabetico, aveva una cardiopatia nota e un ECG patologico.

#### **Diagnosi**

La valutazione iniziale porta ad una diagnosi in circa la metà dei casi. Pensiamo infatti alla classica sincope vasovagale dove vi è un chiaro fattore precipitante come la paura o un dolore acuto (come mio nipote quando si è chiuso il dito nella portiera!) con sintomi prodromici; o la sincope situazionale dopo minzione o defecazione; o la sincope ortostatica che posso facilmente riprodurre ed è generalmente tipico il racconto anamnestico; oppure ancora la sincope aritmica se all'ECG riscontro i criteri diagnostici sopracitati.

In un terzo dei casi, i nostri tre elementi cardine (anamnesi, esame obiettivo ed ECG) portano a una causa sospetta della sincope che mi porterà ad esequire ulteriori esami per avere una conferma (ad esempio il tilt test - la cui utilità è in realtà controversa - potrebbe essere utile per le sincopi riflesse non tipiche). Ricordiamoci comunque che meno della metà delle presunte sincopi vasovagali sono tipiche; spesso ci si arriva con l'esperienza del clinico che ha escluso altre cause.

In circa il 20% dei casi, con la valutazione iniziale, non riesco a porre la diagnosi. In questi casi la strategia dipenderà dalla frequenza e severità degli episodi e dalla presenza o meno di cardiopatia alla base: se non c'è cardiopatia e l'evento sincopale è singolo, generalmente è una sincope riflessa (il più delle volte vasovagale) che non richiede ulteriori approfondimenti. Se gli eventi sono più frequenti, posso pensare a un massaggio del seno carotideo o al tilt test o, in certi contesti, soprattutto se la PDC si protrae per molti minuti, a una consulenza psichiatrica; se vi sono disfunzioni autonomiche, invio dal neurologo.

Se la cardiopatia è nota o sono presenti alterazioni ECG di sospetta cardiopatia sottostante, eseguirò una ecocardiografia (se non è già stata fatta), quindi - specie se gli eventi sono riferiti frequenti - può essere utile un ECG Holter o il posizionamento di un loop recorder impiantabile in caso di eventi più rari. Il test da sforzo andrebbe evitato se sospetto una causa ischemica o se la sincope è avvenuta durante lo sforzo.

#### **ECG** del signor Rodolfo

E ora... Rullo di tamburi. È arrivato il momento di svelarvi l'ECG del signor Rodolfo!

BAV di III grado con sopraslivellamento ST nelle derivazioni infero-laterali. Ora pensate bene a quanto vi ho detto all'inizio del caso... secondo voi ha avuto il classico trasporto in sala di emodinamica con avvio dell'anticoagulazione già durante il trasporto in ambulanza?

Non parlo del problema del BAV (protetto durante il trasporto dal posizionamento delle piastre per eventuale stimolazione transtoracica e quindi posizionato temporaneo in ospedale).

Ricordiamoci solo che il paziente ha subito anche un bel trauma cranico nella caduta a terra legata alla sincope: guindi, prima di effettuare la massiccia e completa antiaggregazione e anticoagulazione prevista in questi casi, forse vale la pena fare un rapido passaggio per una TAC capo, onde evitare di rischiare di salvare il cuore e infarcire il cervello, ed evitare anche successive problematiche medico-legali.

#### **Conclusioni**

Com'è finita? La TAC capo è risultata negativa, è stato impiantato un pacemaker temporaneo poi rimosso dopo ripristino stabile del ritmo sinusale senza necessità di impianto di un PM definitivo (in quanto il BAV era secondario all'IMA), è stata rivascolarizzata la coronaria destra che presentava una stenosi del 90%. Il paziente ha recuperato bene, lo vedo

spesso in giro per il quartiere, ma onestamente... spero che cambi bar!

Articolo presente anche in • https://medicinainterna.blog

#### **Bibliografia**

- 2017 ACC/AHA/HRS Syncope Guideline for the Evaluation and Management of Patients with Syncope. Heart Rhythm 2017: 14(8): e155-e217.
- 2018 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope. Eur Heart J 2018; 39(21): 1883-1948.



## Alimentazione e malattia di Alzheimer

Secondo alcuni ricercatori la malattia di Alzheimer sarebbe da mettere in relazione allo sviluppo di resistenza insulinica cerebrale, arrivando a parlare di "diabete di tipo 3" o di "diabete cerebrale". L'adozione di uno stile alimentare sano può essere una strategia di prevenzione

Cherubino Di Lorenzo - Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico-Chirurgiche - Sapienza Università di Roma

a malattia di Alzheimer (MA) ha un andamento clinico progressivo che ricalca la graduale degenerazione cerebrale che avviene per la deposizione di placche di sostanza beta amiloide e la formazione di grovigli neurofibrillari, che a loro volta inducono processi infiammatori concorrenti alla degenerazione. Secondo alcuni auori, la MA sarebbe da mettere in relazione allo sviluppo di una vera e propria resistenza insulinica cerebrale, arrivando a parlare di "diabete di tipo 3" o di "diabete cerebrale".

A fronte dell'aumentata prevalenza della malattia, mancano terapie farmacologiche efficaci a contrastarne la progressione. Proprio per questo, l'adozione di uno stile di vita sano può essere oggi una potente strategia di prevenzione. Di fatto, più ci si discosta da uno stile alimentare sano come quello mediterraneo e più aumenta il rischio di sviluppare in vecchiaia la malattia. Ciò che rende la dieta mediterranea protettiva è la sua capacità di contrastare lo sviluppo e la progressione della resistenza insulinica, grazie alla ricchezza di fibre e la presenza di zuccheri complessi a discapito di quelli semplici. Inoltre è una dieta ricca di micronutrienti aventi un'azione antinfiammatoria, antiossidante e neuroprotettiva che sinergicamente concorrono a garantire un sano processo d'invecchiamento cerebrale. Di fatto, seguire una dieta mediterranea dimezza il rischio di far progredire un decadimento cognitivo lieve verso la MA. Inoltre, la dieta mediterranea può prevenire lo sviluppo della demenza vascolare, grazie al suo effetto protettivo sulla resistenza insulinica, fenomeno alla base della sindrome metabolica, avente come esito finale l'aumentato rischio di accidenti cerebro-cardiovascolari. Al contrario, i cibi industriali sono caratterizzati da un ricco apporto di zuccheri semplici e da un basso apporto di grassi omega-3 e di fibre, ma anche di proteine e micronutrienti utili per il corretto funzionamento dell'organismo.

#### Specifici regimi dietetici

Per quanto premesso, si può immaginare che l'adozione di specifici regimi dietetici o di supplementi alimentari possa indurre dei favorevoli cambiamenti nel rischio di far sviluppare o progredire la MA. Ad esempio, mangiare più pesce e introdurre più vitamina A, C e D può essere una valida strategia in tal senso. Per gli stessi motivi, si può beneficiare del consumo di alcuni supplementi nutrizionali aventi proprio lo scopo di proteggere il cervello da quegli stati carenziali tipici di molti soggetti anziani e riconosciuti essere precipitanti la demenza. Inoltre, in futuro giungeranno nuovi cibi che, grazie all'ingegneria genetica, ci consentiranno di avere in cereali, legumi o ortaggi i

macronutrienti oggi mancanti, al fine di ottimizzare i percorsi dietoterapici attualmente abbozzati.

#### Dieta chetogenica

Discorso a parte merita la dieta chetogenica, un regime alimentare ricco in grassi e povero in carboidrati, che induce la produzione dei cosiddetti corpi chetonici, delle sostanze che sostituiscono in parte il glucosio nel metabolismo energetico neuronale. La carenza di carboidrati tiene bassi i livelli di insulina e ciò favorisce il contrasto alla resistenza insulinica, ma il vero effetto terapeutico sembra essere dovuto proprio ai corpi chetonici, che vanno a correggere diverse disfunzioni energetiche e infiammatorie proprie del cervello del paziente che sta progredendo verso lo sviluppo della MA. A riprova c'è il fatto che gli stessi benefici osservati nei pazienti dementi sottoposti a dieta chetogenica li si può ottenere pure mediante la somministrazione esogena di sali di corpi chetonici.

In sostanza la dieta chetogenica va vista come una vera e propria terapia farmacologica in cui il medicinale anziché essere assunto dall'esterno viene prodotto nell'organismo stesso grazie al cambiamento nutrizionale.

L'articolo è la sintesi della relazione presentata al Congresso Nutrimi 2018, XII Forum di Nutrizione Pratica di Milano

## "Ops, abbiamo aspettato troppo"

## La storia di Daniela, paziente oncologica

È difficile pensare che in un contesto moderno e in strutture all'avanguardia possano accadere vicende tanto dolorose, come quella raccontata da questa paziente nella lettera che pubblichiamo. Una esperienza che non porta rancore e che non si deve generalizzare né immaginare che oggi tutte le realtà che curano abbiano un approccio distratto con il malato. Ma come Daniela insegna è necessaria una riflessione

Ivano Cazziolato - Medico, Psicoterapeuta, Didatta Istituto di Terapia Familiare - Treviso

difficile pensare che, in un contesto moderno e in strutture all'avanguardia, possano accadere vicende tanto dolorose, come quella raccontata da questa paziente. Tecnologie moderne e ultraspecializzazioni hanno permesso una diagnostica sempre più raffinata e precisa. Quello che è rimasto dietro le quinte, a quanto pare, è la relazione con il paziente, un aspetto fondamentale sulla scena dei protagonisti della cura. Non si può generalizzare e immaginare che oggi tutte le realtà che curano le patologie oncologiche, abbiano un approccio distratto con il malato. Ma è impensabile che un ospedale di fama europea, accanto alla ricerca e all'eccellenza della cura più sofisticata, non si occupi in modo altrettanto efficace del vissuto della persona.

Dovremmo porci l'interrogativo circa la necessità di affiancare al medico che comunica una diagnosi grave ad un paziente, una figura terza, quella dello psicologo. Questa figura appare sempre più necessaria non solo nelle strutture ospedaliere, ma anche nei centri di aggregazione dove sono confluiti i medici di famiglia del territorio.

Non si può fare uscire una persona dallo studio medico, dopo aver comunicato la gravità della malattia, senza accogliere le sue angosce e l'ansia per il futuro.

In questo caso, la comunicazione a Daniela viene data da un medico donna. Daniela spera che quella dottoressa le spieghi cosa accadrà, quale potrà essere un futuro senza figli, insomma le chiede comprensione e un po' di umanità. Ma la dottoressa, evidentemente proteggendosi, non si mette nei panni di Daniela e con un balzo *switcha* sul linguaggio tecnico, quello *medichese*, che fa tanto male alla paziente, manifestando insofferenza e una grande fretta. Tutto ciò fa ancora più rabbia.

#### La lettera di Daniela

#### Gentili Dirigenti,

Vi scrivo questa lettera non con il tono di chi accusa o dispensa colpe, ma semplicemente per raccontarVi la mia storia. Chi più di Voi ne incontra già di storie nelle sue giornate, e forse dopo queste prime righe lascerete questo foglio sul tavolo senza più seguito per non sentirne un'altra.

Vi chiedo invece di continuare la lettura fino in fondo, in nome della Vostra professione, che ha a che fare con l'umano, e soprattutto di essere Voi stessi per primi esseri umani. Vi chiedo di immedesimarVi in una storia come la mia prima di accantonare questa lettera, magari non come medici o dirigenti di alte cariche, ma come genitori o fratelli o come voi stessi pazienti.

#### • La storia clinica

Mi chiamo Daniela, ho 27 anni, sono veneta. Da 27 anni condivido la mia vita

con la fibrosi cistica e col diabete, combattendo battaglie fisiche per sopravvivere e battaglie dentro di me per non temere una morte giovane e l'impossibilità di vedere realizzati i miei sogni come i miei coetanei. C'è un sogno, poi, il più grande che ho, che mi muove da sempre, ed è costruire una famiglia.

Circa due anni fa ho scoperto di avere il papilloma virus 16. Nell'ingenuità di una ragazza venticinquenne, già intenta a gestire cure quotidiane e ospedaliere per la sopravvivenza, cosa mai poteva essere un virus tranquillamente curabile? Mi sono affidata ai medici della mia Ulss, che mi hanno rassicurata: era sufficiente tenere il virus sotto controllo. Quando poi si è trasformato in lesione sarebbe stato sufficiente rimuoverla con una conizzazione. "Non c'è fretta, mese più mese meno" era la risposta che mi metteva tranquilla a quasi un anno di distanza dal primo Pap test.

A dicembre 2017 ho ricevuto un fulmine a ciel sereno: 4 centimetri di tumore maligno nella cervice uterina erano comparsi nel giro di 2 mesi.

Mi chiedo se esista un genoma umano in grado di non provare le paure, l'angoscia dei dubbi, dei concorsi di colpe, il gioco dei "se" e dei "ma", di fronte a una notizia simile. Forse Voi che avete conosciuto tante storie sapreste dirlo meglio. lo sono uscita dall'ospedale quel giorno con la sensazione di essere marchiata da un timbro con scritto "difettosa": l'enne-

## RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

simo sgarro di salute. La frustrazione e la tristezza immense. Ciò che mi ha tenuto salda in quel momento è stata la Fiducia nel fatto che qualcosa si potesse fare e l'idea di affidarmi ai luminari a cui mi hanno indirizzata e che mi avrebbero presa in carico. Ho messo in pausa la mia vita e in 6 giorni ho implorato e ottenuto l'esecuzione e i risultati di una risonanza magnetica, una Pet-Tac, un'analisi istologica e un appuntamento all'Istituto di.... Sapevo che era l'unica speranza per coltivare ancora il sogno di diventare mamma ed ero disposta a tutto pur di salvare il mio utero. La mia famiglia, determinatissima, combatteva con me.

#### La prima visita

Sono arrivata fiduciosa alla mia prima visita all'Istituto... il 18 dicembre 2017. Erano le 19.20, la dottoressa mi fa entrare e riceve in quel mentre una telefonata. "Ci vediamo alle 20 per cenare insieme" sento chiaramente pronunciare. Un'altra persona aspettava in sala d'attesa dopo di me. 40 minuti da dividere tra due persone. Mi sono chiesta se nei 20 minuti che mi erano concessi sarei riuscita a raccontare tutto ciò che era successo, a fare una visita ginecologica, e soprattutto a farmi spiegare bene di che cosa si trattava e cosa mi aspettava. Avevo mille domande e una paura folle: la paura che si ha quando si brancola nel buio e si è davanti a un mondo totalmente ignoto. Avevo anche una fiducia folle: l'idea che la persona davanti a me mi avrebbe aiutata a mettere ordine nel caos esploso in soli 7 giorni, e poi curata. Mi è stato chiesto subito di spiegare la mia storia. La dottoressa la riportava fedelmente sullo schermo di un pc, ma senza mai rivolgermi uno squardo. Pareva una situazione irreale: sembravo a tu per tu con lo schermo, non con l'umano. Ho terminato il racconto e ho cercato lo sguardo della dottoressa in trepidante attesa di essere compresa nelle mie angosce e di essere rassicurata. Non potevo certo pretendere una previsione fedele del futuro, né un intervento psicologico, ma ciò che mi sarebbe bastato per non sentirmi un verme in quel momento era anche solo uno sguardo di tenerezza, un "mi dispiace", un gesto di speranza, un'attenzione autentica. La risposta che ho ricevuto è stata invece uno sbattere di carte sul tavolo per allinearle e un "Ok ora valuteremo il caso

e vedremo cosa fare, potete andare". Ho provato in più modi a fare domande, ma la dottoressa provava ad alzarsi in piedi per accompagnarmi alla porta e mi ripeteva che finché non avesse studiato il caso in équipe non avrebbe saputo dirmi niente. Ha biascicato su mia insistenza parole come "rimuovere l'utero", "prima la vita", "chemio", "radio" senza contestualizzazione. La sensazione che avevo era di essere un peso, di aver esaurito tutto il mio tempo di visita. Sono uscita da quella stanza con più dubbi, paure, angosce di prima, con informazioni a metà, altre appena accennate, alcune più grandi di me, con la sensazione di non essere stata presa sul serio, di non essere creduta, capita, aiutata. I miei genitori, come me, arrabbiati, frustrati, increduli, si avviavano ad altre 3 ore e mezza di viaggio dopo quei 20 minuti di visita. Vacillava forte la mia Fiducia negli esperti che mi avevano indicato, ma non potevo mollarla. Questa era l'unica carta che avevo, dovevo adattarmi.

#### 20 giorni non sono tanti per un tumore...

Sono passati 20 giorni prima di accedere a una seconda visita. In quei 20 giorni, comprensivi di vacanze di Natale, ho ricevuto una telefonata: pareva dai consulti multidisciplinari che l'utero fosse salvabile, forse addirittura senza alcuna chemio. Sarei stata contattata per le visite di pre-ricovero per fare presto un intervento di conizzazione. Non volevo illudermi, ma mi mantenevo forte e positiva. Ho chiamato e richiamato l'ospedale in quei giorni per sollecitare un appuntamento, usando sempre la solita frase: "Se un tumore è cresciuto di 4 centimetri in due mesi, in un altro mese

potrebbe crescere di altri 2 centimetri", ma ognuno mi ripeteva che 20 giorni non erano tanti per un tumore, c'erano attese ben più lunghe.

Quante volte ho insistito a ricordare che il mio caso comprendeva la fibrosi cistica (con tutti i suoi rischi rispetto al tollerare le chemioterapie), un sistema immunitario deficitario, il diabete, che era stato già una volta sottovalutato e che non si compisse lo stesso errore. Dall'altra parte il muro, e quella sensazione che nessuno avesse considerato la particolarità e l'aggressività del caso, la mia età e la partita che si stava giocando. Ho atteso frustrata quei 20 giorni.

#### La seconda visita

Alle 3.30 del mattino dell'11 gennaio 2018 abbiamo ripercorso le tre ore e mezza di viaggio fino a Milano. Ho svolto tutte le visite di pre-ricovero nelle prime ore del giorno. Tutto sembrava in linea. Poi l'ultima visita alle 14.00, lo squardo di disappunto di una nuova dottoressa e le sue parole: "Qui il tumore è cresciuto troppo, abbiamo aspettato troppo, non abbiamo alternative, si toglie l'utero". È cresciuto troppo? Abbiamo aspettato troppo? Non capivo se si trattava di una presa in giro. Forse lo è proprio stata, una presa in giro. O almeno, così mi sono sentita, tradita, ferita, presa in giro. Non sono stati presi sul serio la mia vita e il mio sogno di ventiseienne di essere mamma. I medici si sono tra loro consultati e infine sono stata richiamata nella stanza per avere una risposta finale.

Mi hanno accolto due dottoresse molto sorridenti, un sorriso che si converrebbe al comunicare una buona notizia come una gravidanza, non uno dei più grandi dolori per una donna. Pochissime parole sono state spese, meccaniche, giustificate da un sorridente "L'importante è salvare la vita".

Non c'era tempo per me per l'accoglienza del dolore, per il mio essere donna, non c'era tempo per una comunicazione che facesse quello che è il fondamento della professione medica: prendersi cura. Piuttosto, mi è stata subito avanzata una richiesta: siccome i miei tessuti erano giovani e dunque poco rovinati, sarebbero stati perfetti per essere mostrati agli studenti in ambito di formazione. Mi veniva chiesto il consenso per utilizzare le mie immagini. Ricordo il sorriso gentile delle dottoresse che proponevano questa richiesta, come se avessero resettato quello che mi avevano comunicato un minuto prima. Ricordo il dolore e la rabbia che ho provato nel vedere che una di esse era incinta. Lì si è rotto qualcosa, lì dove nemmeno la comunanza della condizione di donna è stata sufficiente alla compassione, alla comprensione. Cinque minuti dopo essere entrata in quella stanza mi avviavo all'uscita.

#### Le domande

Mi chiedo quanto è facile parlare in linquaggio tecnico per un medico se non comprende ciò che sta comunicando all'umano, alla persona che ascolta, e vede cambiare la sua vita da un momento all'altro, la sua immagine di sé, le sue relazioni, i suoi progetti futuri. Ma con la consapevolezza di avere dei bei tessuti e che, anche se si è preso sottogamba il caso, "l'importante è la vita". È importante, sì, la vita. È importante la medicina che salva la vita. Ma qual è la qualità di vita di chi, prima di vederla salvata, patisce l'umiliazione, la frustrazione, l'angoscia e la mancanza di umana compassione?

La mancanza di quell'elemento umano che mi avrebbe restituito un valore mentre stavo sentendo di perderlo; quello che mi avrebbe restituito dignità e rispetto mentre sapevo che avrei perso la mia femminilità; quello che mi avrebbe fatto sentire di non essere sola mentre mi accingevo a combattere una delle battaglie più dure della mia vita; quello che avrebbe tenuto acceso l'amore e la speranza nel momento in cui io e la mia famiglia avevamo la percezione che giustizia e amore non ci fossero.

In chi spererà una persona che ha riposto tutte le sue carte sul più esperto ottenendo questi risultati? In chi riporrà più la sua fiducia quella persona se nemmeno un luminare ha saputo farne buon uso? Da dove potrà ripartire per ricostruire la sua femminilità se anche la dignità di donna ha subito un disvalore? Se penso a quale parte di quest'esperienza ho più vivida non sono le corsie d'ospedale né i dolori delle terapie ma gli sguardi non incontrati, i toni schiaccianti, le aspettative deluse, la noncuranza di "colui che cura". Quale mostruosità può compiere un medico se non ha nella mente prima di tutto la sofferenza, le angosce, le domande, di chi ha di fronte? O quale meraviglia se invece le ha?

#### Il finale della storia

Cari Dirigenti, ecco il finale di guesta storia: ho svolto 4 cicli di chemioterapia a dosi molto elevate sfidando la fibrosi cistica (soltanto 4 perché i valori ematici non permettevano di procedere oltre). Ho visto cadere i miei capelli uno ad uno, aggrappandomi tra le lacrime alle parole della dottoressa che riteneva non sarebbero caduti ma soltanto diradati. Fidandomi di guesta sentenza, ho sperato fino alla fine di vederli rimanere lunghi com'erano, fino a rassegnarmi di vederli cadere tutti. La mia famiglia ha assistito di giorno in giorno alla tragedia con me, con la frustrazione verso chi non mi aveva risparmiato nemmeno il dolore di questa illusione. In fondo sono solo capelli, sì, ma chiedete a una donna che ha provato quest'esperienza che ricordo ne ha, forse solo chi l'ha provata può crederci. A marzo 2018 ho salutato definitivamente il mio utero (in un ospedale ovviamente diverso da quello dell'Istituto di Milano) e con lui il mio sogno di bambina, che potrà ora realizzarsi solo ricalcolando il percorso, scegliendo nuove strade con nuova forza e determinazione. Le ovaie mi sono state conservate, ma sui miei ovuli ho qualche riserva.

Il giorno prima di cominciare la prima chemio d'urgenza, l'oncologa della mia Ulss di riferimento mi ha chiesto strabiliata come fosse possibile che nessuno, in un ospedale così all'avanguardia e in un mese di tempo, mi avesse parlato di crioconservazione o perlomeno di menopausa anticipata, come nessuno avesse pensato di lasciarmi aperte tutte le porte possibili per il mio futuro. Schiacciante, di nuovo, questa consapevolezza per una ragazza forse fin troppo ingenua, che si era semplicemente affidata e che provando a chiedere non otteneva risposte. Ho svolto altre tre chemio dopo l'intervento concludendo il percorso a giugno 2018. Mi sento guarita e grata alla vita, ma grandi cocci rispetto all'umano che cura mi restano da raccogliere e aggiustare.

Se siete arrivati a leggere fin qui, immagino abbiate la sensazione di aver dedicato già abbastanza del Vostro tempo. In fondo, come in quella mia prima visita di 20 minuti, ci sono tante persone come me e c'è tanto da fare. Di storie come questa ne avrete già lette e sentite molte. Forse come per quei medici che ho incontrato, questa storia è un numero tra tante altre e ha già rubato fin troppo tempo. Se Vi sentite come quei medici, accantonate pure ora questa lettera.

Se invece credete che l'esperienza delle persone abbia qualcosa da dirVi e che il tempo valga la pena trovarlo per gli esseri umani, allora Vi chiedo un ultimo sforzo. Rileggete questa lettera. Rileggetela dal punto "Mi chiamo Daniela" fingendo di essere un fratello di Daniela. Rileggetela ancora come se foste il padre o la madre di Daniela. Infine rileggetela come se la Vostra bocca fosse quella di Daniela.

Di storie come questa ne avrete già lette e sentite molte. Che sia possibile, nel 2018, non avere più da leggerne e sentirne altre?

Con Fiducia.

Daniela, la paziente di "Ops, abbiamo aspettato troppo"



## **Empatia e compassione** ai tempi della sanità digitale

Discussi i problemi etici e deontologici, che si accompagnano ai vantaggi della sanità digitale, si illustra come la digitalizzazione può migliorare la qualità della relazione tra paziente e medico

Stefano Alice, Medicina di famiglia, ASL 3 - Regione Liguria - Marina Elvira Botto, Geriatria, ASL 3 - Regione Liguria

indiscutibile l'importanza della tecnologia digitale per la nostra salute e per la sostenibilità economica delle cure, tuttavia questa radicale innovazione è una sfida anche sul piano bioetico e deontologico.

Il dibattito in questi anni si è focalizzato sul "Fascicolo Sanitario Elettronico" (FSE) e segnatamente sull'irrisolto problema della protezione dei dati.

Un tema ancora interessante, reso però marginale da nuovi problemi, che hanno catturato l'attenzione degli studiosi; adesso sono al centro della discussione: l'intelligenza artificiale, la robotica, la stampa 3D.

#### Intelligenza artificiale, robotica, stampa 3D

L'intelligenza artificiale (AI) ha già importanti applicazioni nella diagnostica e nelle ricerca. Il programma "Watson" della IBM seleziona in pochi minuti, per gli oncologi che lo usano, uno schema terapeutico basato sull'analisi di tutte le pubblicazioni scientifiche pertinenti, che esistono. In dermatologia ed in anatomia patologica l'occhio umano è destinato ad essere soppiantato da quello del computer.

La compagnia farmaceutica Atomwise ha utilizzato l'intelligenza artificiale per individuare in tempi brevissimi ben due farmaci capaci di limitare l'azione destruente del virus Ebola.

In Giappone i robot vengono utilizzati come inservienti per l'assistenza agli anziani e l'Istituto Italiano di Tecnologia è all'avanauardia nella ricerca in questo settore. Un ...criticità robot della azienda texana Xenax disinfetta, utilizzando i raggi UV, gli ambienti ospedalieri in tempi brevissimi e il suo impiego ha diminuito il tasso di infezione. La riabilitazione robotica è una realtà in alcune strutture d'avanguardia del nostro paese, ci riferiamo alle protesi robotiche e agli esoscheletri (robot indossabili), che permettono in molti casi il recupero dell'autonomia e della capacità la-

vorativa degli infortunati.

Da anni la stampante 3D viene utilizzata alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, per migliorare la performance dei chirurghi; partendo dalle immagini TAC, si costruiscono modelli degli organi da operare, che inseriti in un simulatore, permettono al chirurgo di esercitarsi ad libitum. Si cerca di usare la stampante 3D per produrre organi artificiali da trapiantare. Tecniche di realtà aumentata (augmentation) facilitano il compito del chirurgo; l'uso di robot chirurgici garantisce risultati migliori e più standardizzati ed abbatte i tempi di apprendimento dei chirurghi; solo i costi eccessivi ne frenano l'utilizzo; il "fattore umano" è diventato sinonimo di minore affidabilità, rispetto alla tecnologia? Droni trasportano strumenti e farmaci in remote zone rurali dell'Australia e degli USA quando le strade sono impraticabili. Nel Regno Unito il National Health Service (NHS) distribuisce gratuitamente ad alcuni pazienti cronici (diabetici e scompensati cardiaci) delle APP per facilitare l'autogestione di plurimi aspetti della loro malattia.

Fatti positivi, che ci fanno guardare al futuro con curiosità, speranza ed entusiasmo; non possiamo però tralasciare le criticità inerenti alle innovazioni della sanità digitale.

L'intelligenza artificiale lavora incamerando i dati dei pazienti, più ne ha a disposizione e più è efficiente: che rischi comporta questo per la riservatezza? L'uso di robot per l'assistenza ai pazienti, significa che quasi tutto della loro vita sarà osservato e quindi conosciuto, a cominciare dai particolari più intimi, garantirne la privacy sembra impossibile. Teorica ma intrigante è, al momento, la discussione sull'eticità di produrre robot autonomi (computer pensanti), cioè esseri artificiali davvero intelligenti, che potrebbero essere considerati titolari di diritti. È già entrata nell'immaginario collettivo la figura del "Cyborg", un super uomo con parti robotiche e componenti biologiche; nel 2005 Francis Fukuyama, allora membro del Comitato di bioetica della presidenza USA, I'ha definita una minaccia alla democrazia, perché mina il principio di uguaglianza, chi è favorevole la considera, invece, una forma di "evoluzione autodiretta".

In tempi di crisi economica e occupazionale ci si chiede quali effetti avranno le automazioni sul numero dei posti di lavoro; si ripropone, così, un tema etico che è stato cruciale nel XIX secolo, quello dell'opposizione tra lavoro a macchina e lavoro manuale, una questione ripresa

a metà del secolo scorso, quando John Von Neumann, il padre della famosa "teoria dei giochi", fu al centro di feroci polemiche per aver preconizzato la fine del lavoro salariato, dovuta a robot capaci di costruirne altri; una disputa aggravata dal fatto che questa volta si parla di automatizzare lavori di concetto, non quelli noiosi sporchi, pericolosi, che gli Autori anglosassoni definiscono delle "tre D" (dull, dirty, dangerous).

Stato e i sistemi pensionistici reggeranno senza le tasse e i contributi pagati dalle persone che i robot sostituiranno? A quanto ammonteranno e chi si accollerà i costi di riqualificazione delle persone sostituite dai robot?

Quali procedure sono necessarie perché le tecnologie innovative passino dal laboratorio al mercato, salvaguardando la sicurezza del consumatore? Un corretto sfruttamento economico delle nuove tecnologie imporrà una revisione delle leggi relative ai brevetti ed ai diritti di proprietà intellettuale?

A quali percorsi formativi certificati dovrà sottoporsi chi tra i medici vorrà utilizzare queste innovazioni tecnologiche, per dare al pubblico la certezza di farlo senza improvvisazioni e facilonerie, che mettano a rischio la sicurezza del paziente?

È possibile andare avanti come si fa attualmente, cioè nel più totale spontaneismo, fidandosi solo del senso di responsabilità individuale?

Si potrà nei procedimenti per responsabilità professionale, dare per scontata, come di fatto si fa adesso, la perizia degli operatori in base al ruolo che questi ricoprono ed all'istituzione presso la quale lavorano?

Su chi ricadrà la responsabilità di un errore diagnostico, commesso utilizzando l'intelligenza artificiale?

Dopo questi stravolgimenti tecnici, è sensato in ambito penale, riguardo all'imperizia, basarsi sul rispetto delle linee guida, come vuole la legge Gelli-Bianco, quando per contro è sempre più evidente che è perfettamente possibile fare la cosa giusta nel modo sbagliato?

## Ricadute sul rapporto medico-paziente

Quali ricadute avrà tutto questo sul rapporto medico-paziente?

Il "fattore umano" perderà importanza a favore dell'efficienza tecnologica, l'avvento della sanità digitale decreterà la fine della compassione, il carattere umanistico della cultura medica diverrà marginale?

È proprio su questi ultimi due punti, da tempo al centro del nostro lavoro di ricerca, che vorremmo riflettere.

Dal punto di vista teorico sottolineiamo che quelli tecnici sono strumenti, la modalità di utilizzo dei quali dipende dalle nostre scelte.

La scienza e la tecnica sono realtà umane, espressioni della nostra dignità e perciò devono essere al servizio della persona, mettere al contrario l'uomo al servizio della tecnica e quindi dell'economia è una aberrazione e come tale non deve essere permessa.

L'utilità che un malato trae dall'essere curato con competenza congiunta alla compassione (cum scientia caritas) è ovvia conseguenza della nostra natura di animali sociali; dato antropologico, questo, che era vero ai tempi di Aristotele e continua ad esserlo ancora oggi, nonostante la cultura post moderna abbia messo in discussione il limite tra umano e non umano, spingendosi a parlare di "metamorfosi dell'umano" (T. Adorno); sempre più, anzi, si ritiene che la superiorità umana scaturisca dalle nostre capacità relazionali ovvero dalla nostra connessione empatica intersoggettiva e che le relazioni sociali siano fondamentali per l'identità individuale.

È del tutto evidente come una soluzione tecnica, che non concordi con la nostra natura, non possa essere buona, al contrario quanto più concorda con la nostra natura tanto più ci è utile.

Scendendo sul piano pratico toglie ogni residuo dubbio la letteratura scientifica sul valore terapeutico della compassione e sui risparmi che essa ingenera. Scelte diverse, antropologicamente miopi, destinano chi le compie all'insuccesso e anche al discredito e alla vergogna, se impongono alle persone sacrifici, per ottenere risparmi, che al momento del bilancio non si saranno verificati. Quali sono le scelte giuste, perché rispettose delle esigenze della natura umana, rese possibili dalle innovazioni tecnologiche, che abbiamo preso in esame?

Rispondiamo che sono quelle che favoriscono la relazione di cura, anzitutto come relazione empatica, in altre parole riteniamo etico un uso relazionale della tecnica, che diviene, così, complementare al lavoro umano, che da essa viene valorizzato, non sostituito. Diciamo subito, che la facilità con cui oggi sono reperibili le informazioni sanitarie, favorisce una maggior simmetria nel rapporto tra medico e paziente (riduzione dell'ineguaglianza delle competenze) ed un ruolo più attivo da parte di quest'ultimo; è un'evoluzione che avrà a lungo andare effetti molto positivi, anche se in un primo momento ha creato a noi medici parecchie difficoltà.

La sanità digitale potrebbe sollevare il medico da molte incombenze ripetitive, automatizzandole si recupererebbe tempo da dedicare ad una proficua relazione di cura. Volendolo, la tecnologia digitale favorisce l'alleanza terapeutica tra un paziente più informato ed attivo ed un medico capace, grazie ad una specifica formazione, a comunicare, a negoziare e, se occorre, a persuadere.

#### Conclusioni

Un medico, che abbia fatto suo un atteggiamento compassionevole verso se stesso oltre che verso gli altri e che sappia prendere decisioni complesse nelle condizioni di incertezza, che sono tipiche della sua professione, può riguadagnare, proprio grazie alla tecnologia, la possibilità di coltivare ciò che è centrale nella sua attività: la qualità della relazione con il suo paziente.



## Valutazione dello stato di coma nel setting delle cure primarie e della gestione avanzata

La raccolta dei dati anamnestici ottenuta dai familiari, dal medico curante o dal personale che ha provveduto al trasporto del paziente all'ospedale, unitamente alla valutazione clinica sono fondamentali per la diagnostica e il monitoraggio dello stato di coma

a cura di: Pasquale De Luca<sup>1</sup>

con la collaborazione di: Antonio De Luca<sup>2</sup>, Giuseppe Di Pumpo<sup>3</sup>, Massimo Errico<sup>4</sup> Giuseppe Altieri<sup>5</sup>, Gianluigi Vendemiale<sup>6</sup>, Angelo Benvenuto<sup>7</sup>

I coma è l'alterazione totale o parziale dello stato di coscienza. Si distinquono vari tipi di coma, in base all'entità dell'alterazione delle funzioni di relazione. La gravità di questa condizione è definita dalla scala del coma di Glasgow, che permette di seguirne l'evoluzione e di prevederne la prognosi.

#### Caso clinico

Una signora di 65 anni viene trovata in casa dal marito priva di coscienza alle 10 del mattino. Gli operatori del 118 rilevano stato di incoscienza (GCS 6), PA 130/70 mmHg, FC 104 b/min, FR 28 a/ min, SO<sub>2</sub> in aria ambiente 98%, pupille midriatiche, cute pallida e sudata.

Dati anamnestici: DMT2 in terapia insulinica e ipertensione arteriosa in terapia con ACE-inibitore. La glicemia capillare non è valutabile ("low").

Si posiziona un accesso venoso peri-

ferico e si infonde quindi alucosio 33% 60 ml, seguito dall'infusione di soluzione glucosata 5% 500 ml; dopo pochi minuti la paziente ritorna vigile (GCS 13); glicemia 80 mg/dL.

Viene quindi trasportata in ambulanza al PS.

■ Esame obiettivo: paziente vigile (GCS 13), PA 120/70 mmHg, FC 90 b/ min, FR 25 a/min, SO<sub>2</sub> in aria ambiente 98%, T°C 36.5°, glicemia 120 mg/dl. ECG: ritmo sinusale. Dall'anamnesi si apprende che quella mattina la paziente aveva iniettato la dose di analogo rapido di insulina, senza aver assunto la colazione. Si proseque l'infusione di soluzione glucosata 5% a 42 ml/h e dopo 15 minuti si rileva una glicemia di 143 mg/dL; si sospende quindi l'infusione di soluzione glucosata 5% e si monitorizza la glicemia ogni mezz'ora. Si esegue un ulteriore ECG di controllo che è invariato rispetto al precedente.

La paziente viene ricoverata in osservazione in Medicina Interna.

#### Definizione ed eziologia

• Il coma è una condizione patologica in cui è abolita la vigilanza (che rappresenta a sua volta una condizione di attivazione cerebrale tramite la quale viene mantenuto uno stato di veglia con possibilità

di risposte comportamentali a stimoli di vario genere) e il paziente si trova in uno stato di "aresponsività senza possibilità di risveglio" (Plum e Posner).

· La sua eziologia riconosce le seguenti cause: alterazioni metaboliche (ipossia, ipercapnia, ipernatriemia, iponatriemia, ipoglicemia, coma diabetico, acidosi lattica, ipotermia, encefalopatia di Reve, encefalopatia di Wernicke, encefalopatia epatica, uremia, crisi addisoniana), infezioni (meningiti batteriche, encefaliti virali, sepsi, febbre tifoide), farmaci e/o intossicazioni, tossine, cause strutturali, altre (encefalopatia ipossico-ischemica, ipotensione, encefalopatia ipertensiva).

#### Criteri diagnostici anamnestici e clinico-obiettivi

La raccolta dei dati anamnestici è essenziale e deve essere ottenuta dai familiari o dal personale che ha provveduto al trasporto del paziente all'ospedale. L'ispezione clinica generale deve essere completata con una sistematica analisi di vari apparati:

- 1. valutazione dello stato circolatorio e ricerca di uno shock cardiogeno, ipovolemico, infettivo;
- 2. ricerca di una sindrome meningea o di uno stato settico;

Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG <sup>1</sup>Dirigente Medico SC Medicina Interna <sup>2</sup>Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup>Direttore SC Anestesia e Rianimazione

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup>Direttore SC Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG) <sup>3</sup>Direttore SC Pronto Soccorso

Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli" Acquaviva delle Fonti (BA) <sup>4</sup>Direttore SC Medicina Interna

AOU "Ospedali Riuniti" Policlinico di Foggia Direttore Dipartimento Internistico

- 3. controllo della temperatura corporea: solitamente l'ipertermia è segno di infezione, altre cause comprendono la crisi tireotossica e la tossicità da farmaci sebbene aumenti della temperatura possano anche verificarsi nel colpo di calore o nell'ipertermia maligna; l'ipotermia è usualmente da causa metabolica o ambientale:
- 4. le modificazioni del respiro sono un rilievo importante: una riduzione della freguenza del respiro è conseguenza di cause metaboliche, tossiche o di farmaci ad azione depressiva sul SNC o di lesioni strutturali del tronco encefalico; l'aumentata frequenza respiratoria è invece dovuta ad ipossia, ipercapnia, ipertermia, acidosi metabolica;
- 5. tipi di respiro: il respiro periodico di Cheyne-Stokes, caratterizzato dal progressivo aumento di ampiezza degli atti respiratori seguito da una progressiva diminuzione di ampiezza degli stessi e poi da un intervallo di apnea, è conseguente ad una sofferenza mesodiencefalica; l'iperventilazione neurogena centrale si osserva nelle lesioni ponto-mesencefaliche; il respiro apneustico si manifesta con pause prolungate in inspirazione ed è espressione di una sofferenza della parte inferio- Esami di laboratorio e strumentali re del ponte (respiro di Kussmaul); il respiro atassico irregolare e superficiale, indica una sofferenza bulbare e prelude ad un arresto respiratorio;
- 6. l'esame della cute: la cianosi è indicativa di un'ossigenazione inadeguata; ecchimosi multiple, sanguinamento dall'orecchio o dal naso, ecchimosi periorbitali suggeriscono sempre una frattura cranica; un rash purpurico-petecchiale o maculo-papulare è spesso consequenza di infezioni batteriche, arteriti, intossicazione da farmaci; la cute pallida si osserva nell'anemia emorragica, mentre la cute secca si rileva nell'acidosi diabetica, uremia, colpo di calore, disidratazione; la cute sudata è abituale nell'ipoglicemia e nell'ipotensione.

Occorre inoltre un attento esame neurologico per la valutazione dello stato di vigilanza e della motilità.

Nel coma si possono osservare infine movimenti spontanei casuali che danno indicazioni diagnostiche per dirimere tra un coma da danno strutturale o da cause tossico-metaboliche: i movimenti tonico-clonici stereotipi suggeriscono la possibilità di crisi convulsive epilettiche; i sussulti mioclonici focali o multifocali, aritmici, sono abitualmente osservati nei comi metabolici da encefalopatia anossica, epatica e uremica; il mioclono ritmico del velo, palato, mandibola è rilevato nelle lesioni strutturali del tronco encefalico. Poiché il coma ha un grado di profondità variabile, ne deriva la necessità di stabilire alcuni criteri semplici, obiettivi e riproducibili di gravità dello stato di coma. A questo scopo viene utilizzata la scala del coma di Glasgow che esamina la risposta oculare, motoria e verbale con un punteggio decrescente in rapporto al diverso grado di compromissione della risposta; la scala ha un impiego pratico, quantifica la gravità del coma e consente di seguirne l'evoluzione nel tempo.

Gli esami ematochimici abituali compresa l'emogasanalisi (EGA), i dosaggi ormonali e la ricerca di sostanze tossiche nel sangue e nelle urine, sono fondamentali per identificare le cause dei comi metabolico-tossici.

La TAC dell'encefalo rappresenta l'esame più agevole e più rapido per individuare le possibili cause di danno strutturale; è particolarmente utile per diagnosticare in tempo reale i sanguinamenti endocranici. La RMN, in alternativa o come completamento della TAC, può fornire informazioni più dettagliate specie su alterazioni strutturali a livello del tronco encefalico.

L'EEG rappresenta un esame funzio-

nale per stabilire la gravità del coma, in relazione ad una discreta corrispondenza tra attività elettrica cerebrale e compromissione clinica.

#### Considerazioni terapeutiche

Dopo il recupero di un minimo di informazioni, la gestione di un coma implica la verifica delle funzioni vitali e l'esecuzione dei gesti immediati necessari.

Se non vi è attività cardiaca, si intraprendono le manovre di rianimazione cardiaca. Se non vi è ventilazione efficace, il paziente viene intubato; se la ventilazione è presente, occorre la somministrazione di ossigeno con maschera e il monitoraggio della saturazione digitale.

Si realizza guindi un accesso venoso e la perfusione di cristalloidi, esequendo inoltre un prelievo per esami ematochimici completi.

Il monitoraggio dell'ECG permette di verificare l'assenza di disturbi del ritmo. Assicurate le funzioni vitali, la gestione del paziente in coma si può completare con la valutazione dello stato di coscienza, in genere con il punteggio del Glasgow Coma Scale.

Stabilizzato il paziente, può essere completata la raccolta delle informazioni anamnestiche per ogni situazione particolare: contesto traumatico, tossico, vascolare, metabolico, infettivo, epilettico, ecc. Quindi la gestione comporta un trattamento sintomatico per il mantenimento di buone condizioni emodinamiche e dell'ossigenazione e il proseguimento della ricerca dell'eziologia con indagini laboratoristico-strumentali mirate.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare il testo integrale dell'articolo

## Cambiamenti climatici e salute umana

Non è più una questione che riguarda solo specie animali e vegetali: i cambiamenti climatici hanno numerose conseguenze anche sulla salute umana. Lo ribadisce ISDE Italia - Associazione Medici Per l'Ambiente - nel position paper "Cambiamenti climatici, salute, agricoltura e alimentazione"

■ ultimo report dell'Intergovernative "Panel of Climate Change" (ot- tobre 2018) ha ribadito la necessità di contenere il riscaldamento globale entro 1.5°C rispetto ai valori pre-industriali e che restano solo pochi decenni per raggiungere questo obiettivo.

Gli eventi meteorici estremi ai quali ormai assistiamo e che comportano danni, vittime e costi rilevanti, sono una spia del rapido evolversi della situazione, ma anche della nostra mancata capacità di resilienza e dell'inefficienza in termini di misure di prevenzione primaria. È ormai noto alla comunità scientifica che i cam- Conseguenze sanitarie biamenti climatici hanno numerose conseguenze sulla salute umana e che stiamo registrando un incremento continuo dei rischi e dei danni sanitari. Tutto questo si continua ad ignorare, alimentando disuguaglianze e iniquità. Dovremmo tutti iniziare a guardare la realtà considerando i cambiamenti climatici, ponendo il tema nella lista di priorità delle nostre agende, in qualunque settore operiamo.

#### Codice di Deontologia Medica: articolo 5

Promozione della salute, ambiente e salute globale

Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio. Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.

Con questa finalità ISDE propone il proprio Position Paper sui "Cambiamenti climatici, salute, agricoltura e alimentazione".

Il documento approfondisce diversi argomenti, tra cui le conoscenze recenti sul cambiamento climatico, le cause dell'effetto serra, le conseguenze sanitarie dei cambiamenti climatici, i benefici di alberi e foreste per i cambiamenti climatici e la salute umana. la transizione dal carbone al metano, gli scenari attesi e le proposte possibili (www.isde.it).

Secondo l'OMS gli effetti attesi sulla salute umana, in particolare quelli secondari al graduale e progressivo riscaldamento del pianeta, devono essere considerati tra i più rilevanti problemi sanitari da affrontare nei prossimi anni. Ci sono relazioni ben definite tra elevata temperatura atmosferica, morbosità e mortalità e ci sono evidenze sostanziali che documentano un'aumentata mortalità in diverse aree geografiche.

Se ipo-malnutrizione, dissenteria e malattie infettive sono le conseguenze prevalenti nelle popolazioni a basso reddito che vivono in aree remote del pianeta, chi vive in aree densamente urbanizzate è ad elevato rischio per morti premature causate da improvvise ondate di calore o da eventi meteorici estremi.

Un recente rapporto dell'OMS (Climate and Health Country profile-Italy, 2018) prevede per l'Italia, in caso di scenario caratterizzato da elevate emissioni, un incremento delle ondate di calore con proiezioni che vanno da circa 10 giorni nel 1990 a circa 250 giorni (in media) nel 2100. Viene anche previsto un incremento sia del numero di giorni con fenomeni alluvionali che degli intervalli di giorni privi di pioggia (da 30 a circa, in media, 45 giorni.

In un contesto internazionale, l'Italia subisce le maggiori conseguenze in termini di mortalità giornaliera correlata ad elevate temperature, seppure con ampia variabilità urbana, con effetti negativi più evidenti nelle grandi città (Torino, Milano, Bologna, Firenze, Roma, Napoli), al meridione e durante i mesi estivi. L'incremento in frequenza e intensità delle ondate di calore, associate al progressivo invecchiamento della popolazione, avranno in futuro un significativo impatto sanitario. Le patologie correlate agli inquinanti atmosferici, le cui concentrazioni sono strettamente dipendenti dall'utilizzo di combustibili fossili usati per la climatizzazione degli edifici (ad es. ossidi di azoto e carbonio) e dalla formazione di inquinanti secondari (soprattutto particolato secondario e ozono) prodotti dal traffico motorizzato sono principalmente cardiovascolari e respiratorie, ma anche del periodo perinatale, metaboliche e cronico-degenerative. Inoltre in Italia "c'è un rischio concreto di ri-emergenza di agenti infettivi endemici presenti in passato o di arrivo di patologie infettive esotiche.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il Position Paper "Cambiamenti climatici, salute, agricoltura e alimentazione"



# Insonnia, quanto costa al sistema sanitario, alla società e alla salute

Un sonno inadeguato ha costi economici che derivano sia dagli effetti sulla salute, sia da quelli relativi a sicurezza e produttività. È stata recentemente condotta un'analisi che ha considerato costi finanziari (per esempio quelli per assistenza sanitaria, perdite di produttività, costi attribuiti a incidenti stradali e sul lavoro) e i costi non finanziari che si correlano alla perdita di benessere e alla riduzione del livello di qualità di vita

vere costantemente un sonno di buona qualità sembra diventata una sfida senza precedenti, a causa di una serie di fattori disturbanti che vanno dalla grande offerta di tecnologie alla tendenza delle persone ad essere "sempre connesse", sacrificando ore di riposo in favore di attività lavorative, contatti sociali, amicizie, famiglia.

Le survey condotte sulle comunità sottolineano l'aumento della prevalenza del sonno inadeguato, che negli anni più recenti è arrivata a sfiorare percentuali del 45%.

Le conseguenze sono presto dette: la perdita del sonno comporta cognitività inadequata, funzionalità psicomotoria poco efficiente, alterazioni dell'umore. Ma un sonno inadequato ha anche un costo economico che deriva sia dagli effetti sulla salute, sia da quelli relativi a sicurezza e produttività. È stata recentemente condotta un'analisi che ha considerato due tipi di costi, quelli finanziari e i costi non finanziari. I primi sono associati ad assistenza sanitaria, perdite di produttività, costi attribuiti a incidenti (stradali e sul lavoro). I secondi sono quelli che derivano dalla perdita di benessere e dalla riduzione del livello di qualità di vita. Il costo complessivo stimato del sonno inadeguato in Australia nel 2016-2017 (popolazione: 24.8 milioni) è risultato pari a 45.21 miliardi di dollari Usa.

Il costo finanziario è risultato essere di 17.88 miliardi di \$ e le numerose voci che lo compongono comprendono i costi sanitari diretti di 160 milioni di \$ per i disturbi del sonno e 1.08 miliardi per le condizioni associate; perdite di produttività per 12.19 miliardi; costi per incidenti sul lavoro e incidenti stradali per 2.48 miliardi. A ciò va aggiunto un onere non finanziario di 27.33 miliardi per una complessiva riduzione di benessere e un peggioramento della qualità della vita.

I dati sono stati calcolati partendo da una base di popolazione australiana di poco meno di 25 milioni di persone nel periodo 2016-2017. Da altre fonti emergono costi altrettanto significativi: 21.4 miliardi di \$ in Canada (1.35% del Pil), 411 di \$ in Usa (2.28% del Pil), 50 di \$ in Gran Bretagna (1.86% del Pil), 60 di \$ in Germania (1.56% del Pil), 138 di \$ in Giappone (2.92% del Pil).

La buona notizia però è che si può fare molto per invertire questa tendenza. Le soluzioni proponibili iniziano con una adeguata igiene del sonno, la messa al bando dei dispositivi elettronici appena prima di coricarsi, la scelta, ovviamente laddove possibile, di orari elastici che vengano incontro alle diverse esigenze dei soggetti definiti "allodole" o "gufi", il consulto con un medico che possa prescrivere una terapia commi-

surata alle esigenze del paziente.

Tra le diverse opportunità farmacologiche, le benzodiazepine (BDZ), considerate l'opzione di prima linea, dispongono di numerosi studi che ne confermano efficacia e sicurezza. Le BDZ svolgono fondamentalmente attività ansiolitica, ipnotico-sedativa, miorilassante e anticonvulsivante e l'azione di classe, supportata da prove di efficacia, è quella di favorire l'induzione e il mantenimento del sonno. Fra le BDZ ipnoinducenti impiegate nella gestione farmacologica dell'insonnia, le molecole a emivita breve-intermedia (10-30 ore), come lormetazepam, consentono una induzione rapida e duratura del sonno. Oltre alla rapidità d'azione, lormetazepam è in grado di ridurre il numero dei risvegli notturni anche in condizioni di rumorosità, un parametro di stabilità del sonno indotto. È inoltre priva di influenze sulla funzione respiratoria, circolatoria e renale, funzionalità epatica e metabolismo glicidico. Nella scelta della molecola più appropriata andrebbe tenuto in debito conto il fenomeno di hangover, valutando anche in questo caso quale farmaco presenti minori effetti indesiderati, in particolare nel daily living.

#### Bibliografia

- Hillman D, et al. The economic cost of inadequate sleep. SLEEPJ 2018, 1-13; doi: 10.1093/sleep/zsy083
- https://www.tuck.com/economics-of-sleep/