

# M.D.

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

Anno XXII, numero 2 - Marzo 2015

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

## IN QUESTO NUMERO

### INTERVISTA 6

**Quali prospettive future  
per gli Ospedali  
di Comunità?**

### PROFESSIONE 10

**Rinnovo Acn,  
uno spiraglio di luce?  
Sì, no, forse**

### RIFLESSIONI CLINICHE 32

**Serve un nuovo  
medico generalista  
"a misura di anziano"**

### RASSEGNA 34

**Malattie infiammatorie  
sistemiche e rischio  
cardiovascolare**



**Raffaella Michieli**

*Segretario Nazionale Simg*

**L'insostenibile leggerezza  
di essere donna e medico di famiglia**



## M.D. Medicinae Doctor

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

## Direttore Responsabile

Dario Passoni

## Comitato di Consulenza di M.D.

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

## Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

## Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli  
Valeria Fontana

## Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

## Passoni Editore s.r.l.

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

## Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Oneri e onori dell'essere donna e medico di famiglia ..... 5
- **Intervista**  
Quali prospettive future per gli Ospedali di Comunità? ..... 6
- **Focus on**  
Il Servizio Sanitario Nazionale sotto il giogo della finanza pubblica ..... 8
- **Professione**  
Rinnovo Acn, uno spiraglio di luce? Sì, no, forse ..... 10
- **Il caso**  
Mmg catanesi all'indice per inappropriata prescrizione ..... 11
- **Esperienze**  
L'Adi e la sperimentazione lombarda del telemonitoraggio ..... 12
- **Prospettive**  
Una scuola *ad hoc* per la ricerca clinica in Medicina Generale ..... 13
- **Congressi**  
La sostenibilità del Ssn al centro della Congresso GIMBE ..... 14
- **Riflessioni**  
Il modello comunicativo nella relazione con il paziente ..... 16
- **Contrappunto**  
Medicina difensiva, necessità o alibi? ..... 18

## AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**  
Ancora insufficiente la prevenzione cardiovascolare ..... 22
- **Dermatologia**  
Le relazioni tra psoriasi, obesità e dieta ..... 23
- **Dolore neuropatico**  
Nevralgia post-erpetica, quando il virus si "risveglia" ..... 24
- **Epatologia**  
Cogliere i primi sintomi dell'encefalopatia epatica ..... 26
- **Psichiatria**  
Scala di valutazione sugli stati misti bipolari ..... 28
- **Reumatologia**  
Terapia dell'osteoporosi: un paradosso italiano ..... 29

## CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**  
La settimana di un medico di famiglia ..... 30
- **Riflessioni cliniche**  
Serve un nuovo medico generalista "a misura di anziano" ..... 32
- **Rassegna**  
Malattie infiammatorie sistemiche e rischio cardiovascolare ..... 34
- **Clinica**  
Sindrome post-polio, un rischio da valutare ..... 37
- **Terapia**  
Uso e abuso delle benzodiazepine in pratica clinica ..... 38
- **Farmaci**  
Liraglutide: esperienze nella real life ..... 42
- **Epidemiologia**  
Prevalenza e guarigione da tumore in Italia ..... 44
- **Osservatorio**  
Rete di sorveglianza contro l'epatite A ..... 45
- **Monitor**  
Sintomi atipici della celiachia nelle donne ..... 46

# Oneri e onori dell'essere donna e medico di famiglia

**C**onta la differenza di genere nella professione di Mmg? Sembrerebbe proprio di sì tenuto conto di quanto evidenziato da **Raffaella Michieli**, segretario nazionale della Società Italiana di Medicina Generale (Simg) nell'intervista che ha rilasciato a *M.D.* "Essere donna, Mmg e dirigente di una Società professionale è stato ed è tuttora un impegno non solo lavorativo - sottolinea Michieli - ma soprattutto psicologico, anche di fronte alle difficoltà legate alla famiglia e ai molteplici ruoli da sostenere contemporaneamente". A fare da spartiacque nella sua vita lavorativa e non solo è stata inizialmente la nomina di segretario generale dell'Unione Europea dei Mmg e poi quella di segretario nazionale della Simg. "La nomina a segretario generale dell'Unione Europea dei Mmg - afferma Michieli - ha dato il via a un percorso parallelo e molto impegnativo tra la pratica quotidiana della mia professione e l'impegno rappresentativo che mi ha cambiato la vita. Dalla esperienza europea, che è stata molto formativa, sono passata a ricoprire un ruolo oneroso nella più grande Società Italiana della Medicina Generale, la Simg. Ma se da un lato questo incarico è stato motivo di orgoglio, dall'altro essere l'unica donna nell'esecutivo nazionale, in tutte le riunioni è il pessimo segno della mancanza di possibilità data alla componente di genere femminile nella nostra società. Viviamo in un contesto sociale in cui le capacità femminili sono ancora poco riconosciute. Questa realtà ci costringe a dover essere particolarmente vigili e a difendere i nostri spazi, perché, si sa, che se arriviamo noi a occupare una poltrona, di sicuro l'abbiamo tolta a un uomo e tra loro la solidarietà è certamente più forte di quella che c'è tra le donne". Da qui l'impegno a fare la differenza, portando anche nel vissuto lavorativo e professionale le proprie peculiarità di genere.

Non nascono quindi a caso i progetti mirati alla salute della donna promossi dalla Simg come, ad esempio, il progetto "Viola" il cui obiettivo in primis è quello di sensibilizzare i medici delle cure primarie affinché prendano in considerazione la violenza domestica nelle diagnosi differenziali dei disturbi più comunemente associati al fenomeno per intercettarne i segnali.

Per poter centrare quest'obiettivo però c'è bisogno di un percorso formativo appropriato che non può non contemplare la medicina di genere. "Si tratta di uno step fondamentale - tiene a precisare Michieli - per poter arrivare a una reale personalizzazione delle cure". Ed è proprio da qui che scaturisce la consapevolezza di dover puntare sulle nuove generazioni di medici e sulla loro formazione per colmare i gap di genere ancora esistenti. "Trasferendo le conoscenze - puntualizza Michieli - saremo sicure che il testimone passerà e qualcuno o meglio qualcuna lo porterà orgogliosamente avanti".



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

# Quali prospettive ci sono per gli Ospedali di Comunità?

Dalle luci della ribalta quasi all'oblio, per poi ritornare agli onori della cronaca sanitaria. Questo sembra essere il destino degli Ospedali di Comunità (OdC) nel nostro Paese.

A riaccendere i riflettori la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* del regolamento sugli standard ospedalieri. A far discutere è la definizione degli OdC come strutture a 'gestione infermieristica'. Ne abbiamo parlato con **Giancarlo Aulizio**, Responsabile Nazionale per gli Ospedali di Comunità del Simet (Sindacato Italiano Medici del Territorio) che sul futuro degli OdC non sembra affatto ottimista

**Simone Matrisciano**

**S**ugli Ospedali di Comunità (OdC) continua a regnare confusione. La nuova polemica vede protagonisti i medici di medicina generale e gli infermieri. Al centro del dibattito, la decisione del Governo e delle Regioni di ripensare gli standard ospedalieri e nel farlo di specificare che gli OdC sono 'a gestione infermieristica'.

Ne abbiamo parlato con **Giancarlo Aulizio**, Responsabile Nazionale per gli Ospedali di Comunità del Simet - Sindacato Italiano Medici del Territorio - protagonista nell'ormai lontano 1996 della nascita, insieme a 4 colleghi, della prima esperienza nazionale di équipe territoriale a associazionismo dal basso: l'Ospedale di Comunità di Modigliana. "Parlare di ospedali e strutture gestite dagli infermieri è un falso ideologico oltre che un modo di esprimersi ambiguo - sostiene Aulizio - sappiamo tutti che la presenza h24 degli infermieri è strategica e che la responsabilità sanitaria sarà sempre in carico al medico, non si capisce quindi cosa

significhi questa 'gestione' da parte del personale infermieristico". Ma Aulizio è convinto che in quella dicitura si nasconda ben altro: "Nel regolamento sugli OdC - chiarisce Aulizio - c'è un retro-pensiero che è quello di marginalizzare i medici pur facendo mantenere loro la piena responsabilità della struttura. Si sa, gli infermieri costano meno".

## ► Un falso problema

Il ruolo del personale infermieristico all'interno degli OdC è di per sé molto rilevante. "Negli OdC - tiene a sottolineare Aulizio - il Mmg non è presente per tutte le 24 ore e, quindi, l'autonomia e responsabilità del personale infermieristico viene messa in risalto. La figura dell'infermiere viene valorizzata perché le persone ricoverate in tali strutture hanno un elevato bisogno assistenziale e una notevole riduzione dell'autosufficienza". Motivi per cui, secondo Aulizio, la discussione in atto e la contrapposizione tra medico-infermiere rappresenta un falso

problema e devia dalle reali criticità che hanno messo in crisi il nostro Ssn e il cui perno fa leva su tre elementi: modello aziendale della sanità, marginalizzazione del Mmg e scarsa (o nulla) innovazione. Ma andiamo con ordine.

"Il modello dell'azienda applicato in sanità è folle - continua Aulizio - perché è un sistema mutuato dal privato, e quindi, oltre a erogare servizi, l'azienda deve stare attenta ai bilanci". Fin qui, nulla di male, se non fosse che: "il mondo della sanità preserva alcune categorie - tiene a sottolineare il responsabile Simet per gli OdC - in particolare gli amministrativi".

La burocrazia, quindi, non è frutto del caso. Le decisioni legate ai tagli di posti letto sono politiche e derivano da un'impostazione legata a doppio filo con il mantenimento di determinati privilegi. E Aulizio, sulla questione non è affatto reticente: "Chiediamoci il perché dei tagli ai posti letto. Se si sceglie di bloccare il turnover dei medici e degli infermieri (ricordiamo che ogni 4 medici

in pensione solo 1 può essere sostituito) il risultato non può che essere quello di una mancanza di personale che, di conseguenza, si traduce in posti letto tagliati”.

Sono i tagli continui di risorse che, per Aulizio, hanno portato la sanità italiana dal secondo posto per efficienza nel mondo al ventiduesimo in Europa: tutto in una logica machiavelliana, secondo la quale per abbattere i costi bisognerebbe necessariamente abbassare il livello dell'assistenza, rinunciando agli standard di qualità.

Logica alla quale non si sottraggono neanche gli Ospedali di Comunità che, nella loro idea originaria, avevano una valenza socio-sanitaria con posti letti *ad hoc*, ma oggi si ritrovano a essere gestiti con un criterio sempre più ospedaliero. “L'ospedale tradizionale ha subito nel tempo una riduzione di posti letto - precisa Aulizio - e la conseguenza visibile di ciò è stato che il territorio, non ancora pronto ad affrontare il cambiamento di paradigma assistenziale, ha subito il trasferimento di modelli operativi appartenenti al mondo ospedaliero, inglobandone sul territorio anche il personale. Una realtà che alcune

**Tabella 2**  
**Differenza tra Residenza Sanitaria Assistenziale e Ospedale di Comunità**

Residenza Sanitaria Assistenziale	Ospedale di Comunità
Costo minore (circa 150 euro a posto letto/die)	Costo poco superiore (media circa 200 euro posto letto/die)
Accesso con valutazione UVG, più lento	Accesso programmato da Mmg, più rapido
Più assistenza socio-sanitaria protratta	Più assistenza sanitaria per periodi ridotti
Prevalentemente non autosufficienti in fase di riabilitazione	Fase riacutizzata della patologia cronica e post acuzie, in dimissioni protette
Ricovero anche per mesi	Ricovero periodi brevi, max 30gg

Fonte: G. Aulizio

Regioni hanno millantato come investimenti sul territorio. Ma non è affatto così, al massimo, abbiamo assistito a una trasmissione sul territorio di personale, modalità organizzative e operative di secondo livello”.

#### ► Un'opportunità mancata

Sono passati 20 anni e il paradosso è che, ancora oggi, gli Ospedali di Comunità continuano a rappresentare una speranza. Una speranza destinata a restare tale, risucchiata dalle sabbie mobili della palude burocratica che caratterizza sempre più il nostro Ssn. Una palude che ha fatto sprofondare ai margini la Medi-

cina Generale, che ha perso identità e ruolo, così da poter essere propeudeutica a un sistema sanitario in veloce declino e povero di reali innovazioni. Al riguardo Aulizio rammenta: “Gli OdC verso la metà degli anni '90 rappresentavano un sogno: équipe territoriali e associazionismo dal basso come fonti di cambiamento per un sistema che, soprattutto in alcune Regioni, viaggiava verso innovazione e sostenibilità. Oggi lo scenario è diverso e proprio quelle Regioni che hanno fatto da traino tra sprechi, corruzione e mancanza di risorse, sono oramai da tempo ferme al palo. Il risultato? Ventuno sistemi sanitari regionali con Lea differenti, basta soffermarsi sulla disomogeneità dell'assistenza domiciliare per rendersene conto”.

“La verità - conclude Aulizio - è che il nostro servizio sanitario è come il Titanic: in coperta si balla mentre la stiva imbarca acqua. E andiamo verso la tragedia.”

**Tabella 1**

#### Differenze tra Ospedale tradizionale e Ospedale di Comunità

Ospedale tradizionale	Ospedale di Comunità
Degenza-improntato sulla malattia	Residenzialità-improntato sulla persona
Alto costo (media circa 500 euro posto letto/die)	Basso costo (media circa 200 euro posto letto/die)
Patologia acuta ad alta intensità diagnostica	Medicina olistica, più attenzione all'assistenza
Criterio dell'intensità delle cure e procedure diagnostiche post acuzie	Fase riacutizzata della patologia cronica (assistenza-prevenzione-riabilitazione) in dimissioni protette
Introduzione DRG per massima efficienza e dimissioni rapide	Estensibilità delle cure e percorsi clinico assistenziali
Accesso libero per tutti	Accesso riservato agli assistiti Mmg

Fonte: G. Aulizio



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

# Il Servizio Sanitario Nazionale sotto il giogo della finanza pubblica

*Nuovi tagli al comparto sanitario potranno incidere sulla qualità del servizio e su un ulteriore aumento delle tasse. A ricordarlo è la Corte dei Conti mentre la legge di Stabilità sfronda di quattro miliardi il comparto a cui vanno aggiunti 1,2 miliardi ereditati dai governi precedenti*

**P**aletta rossa del vigile in una mano e forbici nell'altra. Potrebbe essere questa l'immagine del Governo italiano da molti (forse troppi) anni in fatto di sanità. L'accordo Stato-Regioni prevede infatti l'azzeramento dei 2,3 miliardi di aumento previsti per il 2015 del Fsn nonché ulteriori sforbicate fino a toccare quota 5,2 miliardi. Ma scagliarsi contro il governo Renzi non sarebbe del tutto corretto: oltre ai 4 miliardi di tagli previsti dalla Legge di Stabilità si sommano infatti 1,2 miliardi ereditati dai governi precedenti. Ciò non toglie che la rinuncia all'aumento del Fsn pesi come un macigno sul futuro dell'assistenza sanitaria. Lo stesso presidente della Conferenza Stato-Regioni, **Sergio Chiamparino** ha tenuto a sottolineare di accettare con riserva il taglio del Fondo: "Per un anno si può accettare un onere di questo genere. La corda può essere tirata solo nella prospettiva di tornare a lavorare per garantire nel 2016 il livello di finanziamento previsto dal Patto per la Salute". Critico invece il governatore del Veneto **Luca Zaia** che ha annunciato di voler ricorrere alla Corte costituzionale: "Sconcerta molto il favore riservato alle ricche province autonome di Trento e Bolzano: il contributo ad esse richiesto risulta solo di 46 milioni di euro. Il criterio per ripartire il taglio viene infatti individuato per le Regioni ordinarie prevedendo che il peso maggiore vada a carico di quelle con un Pil più elevato, ma non di Trento e Bolzano

che hanno il Pil più elevato d'Italia. Questo criterio penalizza gravemente e indebitamente il Veneto, in quanto non colpisce gli sprechi che abbondano in molte Regioni, ma i sistemi virtuosi. Anziché tagliare i privilegi delle Regioni speciali, gli sprechi delle altre Regioni e la spesa eccessiva dei ministeri centrali, si tagliano in modo speciale le Regioni ordinarie virtuose".

## ► La Corte dei Conti avverte

Tagli, qualità del servizio e sostenibilità del Ssn sono temi sempre caldi e se la Legge di Stabilità ha rinforzato l'idea che le questioni di finanza pubblica dominino le scelte governative anche per un comparto sensibile come quello della sanità pubblica, la Corte dei Conti su questa questione ha avuto la mano pesante: "nuovi tagli potranno incidere sulla qualità del servizio e su un ulteriore aumento delle tasse". È quanto emerge dal report della Corte dei Conti su "Le prospettive della finanza pubblica dopo la legge di stabilità". Si legge nel documento: "L'allentamento del vincolo finanziario poteva consentire di affrontare con più facilità nodi irrisolti (revisione dei Lea, finanziamento delle strutture sanitarie, revisione dei criteri di riparto delle risorse tra le Regioni, revisione delle partecipazioni alla spesa, un ripensamento delle esenzioni), che il nuovo Patto della salute ha solo elencato rinviandone la definizione. Elementi

che, se non risolti, rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione”.

### ► I suggerimenti della Commissione Igiene e Sanità

Come uscire da questo vortice, da questo abbraccio mortale tra esigenze di finanza pubblica e ripensamento della sanità? Ci viene in soccorso l'indagine di sostenibilità del Ssn già conclusa alla Camera, condotta dalla Commissione Bilancio e Affari Sociali, e ora in via di definizione al Senato, gestita dalla Commissione Igiene e Sanità. I due relatori, la democratica **Nerina Dirindin** e il forzista **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, hanno consegnato ai colleghi di commissione un *draft* di aggiornamento che fa il punto sullo stato di avanzamento delle riflessioni sviluppate a tutto il mese di settembre 2014. Se da un lato l'indagine mette in mostra una esclusiva in fatto di decisioni sanitarie di Governo e Regioni, dall'altro evidenzia un'assenza spaventosa di politiche sanitarie nelle agende dei governi. È quindi possibile (quanto auspicabile) una "rivincita" del Parlamento, luogo del dibattito o anche solo dell'informazione di merito sui temi della sanità. La ricerca fa luce sui numerosi interventi di contenimento della spesa effettuati in questi anni e mostra come la tendenza a tagliare sia chiodo fisso dei nostri governanti. Recita così il testo condiviso dai senatori: "non è sufficiente un Patto per la Salute denso di impegni per il futuro, ma di difficile realizzazione in assenza di un concreto impegno dell'intero sistema di governo (nazionale e regionale) sui temi della salute, e non solo in termini finanziari, per rallentare il processo di logoramento”.

Un quadro quantomeno confuso, che può però ripartire dalle conclusioni che la Commissione rilancia per riflettere sul futuro del Ssn. Dalla necessità di investire fortemente sull'assistenza territoriale (anche in relazione all'aumento delle patologie croniche) all'attenzione da riservare alle forme di protezione integrativa; dalla necessità di un piano straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (soprattutto nelle regioni più fragili), alla ridefinizione dei nuovi Lea: la completezza dell'offerta, dell'accessibilità delle cure e dell'equità del sistema sono centrali, soprattutto nelle Regioni soggette a piano di rientro. Senza trascurare i grandi "dimenticati" della sanità: il personale del Ssn. Blocco totale o parziale del turnover, blocco delle procedure contrattuali, blocco della indennità di

vacanza contrattuale (congelata al 2013), blocco dei trattamenti accessori della retribuzione, contenimento della spesa per il lavoro flessibile, riduzione delle risorse per la formazione specialistica dei medici: la sostenibilità del sistema sanitario passa anche attraverso la riqualificazione del personale, risorsa grazie alla quale il sistema può funzionare. L'età media è salita dal 2001 al 2007 di circa 3 anni, da 47 a 50 anni e anche per questo la Commissione ritiene urgente la definizione di un piano di programmazione per le risorse umane, che preveda una accurata revisione dei vincoli vigenti introducendo elementi di flessibilità, favorendo l'inserimento di nuove leve di operatori, rimodulando il *turnover*, ipotizzando forme di staffetta intergenerazionale e superando il blocco dei contratti.

#### Long term care, un gap da colmare

Secondo quanto sottolineato nel documento di aggiornamento elaborato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, il nostro Ssn rispetto agli altri servizi sanitari europei mostra un grande *vulnus* sull'assistenza territoriale post acuzie e sulla residenzialità.

*“L'Italia non ha ancora colmato il gap che la separa dal resto dell'Europa in merito all'offerta di servizi e strutture per il long term care - si legge nel documento - evolvendo allo stesso tempo verso maggiori standard di efficacia e garantendo la sostenibilità finanziaria delle cure. Nel nostro Paese, in più della metà dei casi (64%) è la famiglia a occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche. Non a caso, l'Italia è il Paese dell'area OCSE con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili in modo continuativo. Le famiglie devono così provvedere all'anziano in modo autonomo, ricorrendo al supporto informale dei figli (89% dei casi) e/o di assistenti familiari (il 60% ricorre alle cosiddette badanti): ciò comporta un impegno in termini di tempo e di risorse finanziarie, senza contare che spesso le famiglie sono costrette ad assumere le badanti attraverso canali "informali", spesso con forme diffuse di irregolarità lavorativa e senza garanzie sulla loro professionalità e affidabilità. Si tratta di una prospettiva che richiede un rafforzamento del ruolo della prevenzione, una profonda integrazione socio-sanitaria, una rimodulazione dell'offerta assistenziale a favore del mantenimento della persona al proprio domicilio. In tal senso, la riorganizzazione della rete ospedaliera dovrebbe accompagnarsi al potenziamento di strutture di degenza post-acuta e di residenzialità, a uno sviluppo dell'assistenza territoriale che agevoli la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il reinserimento nell'ambiente di vita e il miglioramento della qualità dell'assistenza”.*

# Rinnovo Acn, uno spiraglio di luce?

## Sì, no, forse

Per Silvestro Scotti, Vicesegretario nazionale Fimmg, l'intesa raggiunta tra Regioni, Ministero della Salute e sindacati della medicina convenzionata dimostra la necessità di una maggiore presenza della politica all'interno della Sisac. Meno ottimisti sull'accordo Snami e Smi

Francesco Gombia

**È** categorico **Silvestro Scotti**, Vicesegretario nazionale Fimmg, in merito all'intesa raggiunta tra Regioni, Ministero della Salute e sindacati per il rinnovo dell'Acn: "Se la Sisac interpreta rigidamente i contenuti dell'atto d'indirizzo non si va avanti di un centimetro. Quest'intesa raggiunta dimostra che c'è la necessità o di una maggiore presenza della politica all'interno della Sisac, o di un'evoluzione della componente tecnica rispetto al confronto con la politica". La negoziazione ha vissuto nell'alveo della sterilità per troppo tempo, ma grazie all'accordo appena raggiunto i contenuti sono stati messi in campo e Scotti spera "che siano riconosciuti e recepiti dalla successiva discussione tecnica". Ma diamo uno sguardo ai contenuti. "È chiaro nell'accordo il diritto al mantenimento agli studi singoli dei Mmg - dichiara Scotti - per quanto organizzati in sistemi d'aggregazione. Ed è altrettanto chiaro, all'interno dell'aggregazione stessa, il mantenimento del concetto di associazionismo, quindi l'ispirazione volontaria degli studi singoli o associati". Altro tema scottante era quello della *governance* di queste strutture: "queste, più che essere governate -

precisa il Vicesegretario nazionale Fimmg - devono essere gestite da un coordinatore che abbia legami con l'esterno della struttura e con l'interno. Molto sarà definito rispetto a questo ruolo dalle caratteristiche della retribuzione. Fimmg farà una battaglia per una qualificazione del coordinatore in termini di contenuti gestionali-organizzativi, nonché connessa alla performance del gruppo gestito". Un modo per creare angoli di meritocrazia, dove si saldino gli interessi del coordinatore e quelli del gruppo da lui gestito: "Solo così - conclude Scotti - il coordinatore diventerà un facilitatore. Scegliere invece una retribuzione di tipo fisso, di tipo oraria o forfettaria, determinerebbe solo un rapporto del coordinatore verso l'esterno, e rischierebbe di essere vissuto nella struttura solo in senso gerarchico".

### ► Le voci critiche

Ma c'è chi non è altrettanto ottimista e segnala una serie di criticità, *in primis* Snami che non ha firmato il documento. "Non firmare è stato un dovere morale verso i Colleghi - ha dichiarato il Presidente Snami **Angelo Testa**, perché se è vero che lo sblocco della

trattativa costituisce un piccolo passo in avanti, il passo è verso il baratro che attende la figura del Mmg".

Da parte del Sindacato dei Medici Italiani (Smi) è arrivata invece una 'firma critica' che, secondo quanto dichiarato da **Pina Onotri**, Segretaria generale Smi, è un atto dovuto per superare lo stallo delle trattative.

"Sono state, recepite modifiche importanti all'atto di indirizzo per la specialistica ambulatoriale e per la pediatria - ha sottolineato Onotri - mentre per la medicina generale permangono importanti punti controversi. Tra le noti dolenti il nodo del finanziamento delle Aft, le modalità di costituzione e di *governance* delle stesse. Ambiguo, quindi da respingere, il riferimento alle 'sperimentazioni in atto in alcune Regioni' viste le storture a danno di continuità assistenziale e 118 fatto in alcune realtà, in prima fila la Toscana".



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

# Mmg catanesi all'indice per inappropriata prescrizione

Sono 937 i medici di famiglia di Catania messi sotto accusa dall'Asp 3 per aver prescritto inappropriatamente farmaci per la cura dell'osteoporosi. Una Commissione *ad hoc* dovrebbe dirimere la questione

Anna Sgritto

Il Direttore generale dell'Asp 3 di Catania ha proposto l'insediamento di una Commissione *ad hoc* per poter dirimere la questione inerente l'accusa di inappropriata prescrizione di farmaci per la cura dell'osteoporosi che ha visto mettere all'indice 937 Mmg dell'Asp di Catania accusandoli di danno erariale. I pazienti inappropriatamente trattati sarebbero quelli a cui sono stati prescritti i farmaci senza che abbiano eseguito la MOC.

**Sebastiano Romano**, Responsabile Smi Affari Medicina Generale dell'Asp 3 di Catania, appare abbastanza ottimista sull'esito di questa problematica, ma si dice deluso dalla risposta sindacale che non è stata unitaria. I sindacati di categoria, infatti, si sono mossi singolarmente preparando delle missive da inviare al Dipartimento del farmaco come risposta alle accuse.

"Smi - sottolinea Romano - ha stilato due lettere, una spedita individualmente dai medici al direttore generale, al direttore del dipartimento farmaceutico e del distretto in cui si contestava l'accusa e l'altra scritta dall'ufficio legale del sindacato e inviata dal nostro segretario provinciale al direttore generale. In quest'ultima si rigettava l'azione legale come

impropria e contro legge, sottolineando inoltre l'illegittimità della procedura. Motivi per cui abbiamo chiesto all'Asp di annullare il provvedimento". Secondo Romano, quanto accaduto è dovuto principalmente al fatto che la normativa nazionale si sovrappone a quella regionale.

"Nel 2004 - spiega Romano - la Regione ha reso prescrivibile la MOC solo per alcune categorie di pazienti. Chi non vi rientrava ha eseguito l'esame privatamente. Negli archivi della Asl e/o del Ministero da quella data non risultano prescrizioni di questo esame che però molti dei nostri pazienti hanno effettuato in regime non convenzionato. Nel 2009 sono state emanate altre note regionali più selettive in merito alla prescrizione di quest'indagine diagnostica. L'incongruenza riscontrata dalla Corte dei Conti tra quantità di farmaci prescritti per l'osteoporosi e le MOC eseguite, origina proprio da questi fatti. Abbiamo fatto presente ciò al direttore generale dell'Asp 3 che al riguardo ha chiesto di poter istituire una Commissione presieduta dall'OMCeO, composta da medici di area geografica diversa da quella dei medici sotto accusa. Smi ha detto sì alla proposta e penso che la questione andrà a buon fine".

L'esecuzione della MOC quindi è considerata la *conditio sine qua non* per la prescrizione dei farmaci soggetti alla nota 79. Le linee guida però non contemplano tale esame e la stessa nota 79 non la richiede, quando, ad esempio, il paziente è fratturato oppure quando assume determinate quantità di cortisone.

"Quello che non riusciamo proprio a comprendere - conclude Romano - è il comportamento dell'Asp. Diversi anni fa ci trovammo a dover affrontare un problema analogo che riguardava la prescrizione degli inibitori di pompa protonica, la scelta dell'Asp fu diametralmente opposta. Furono istituiti dei corsi di formazione orientati a questa problematica che hanno comportato un miglioramento dell'attività prescrittiva sia in termini di appropriatezza sia di risparmio. Proprio per questo motivo abbiamo chiesto di istituirli anche in merito all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci per la cura dell'osteoporosi".



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

# L'Adi e la sperimentazione lombarda del telemonitoraggio

Nella sperimentazione dei CReG, avviata nel 2013, è stata inserita la possibilità di gestire i pazienti anziani in condizione di cronicità socio-sanitaria con il telemonitoraggio domiciliare. I risultati sono stati soddisfacenti e da quest'anno le Asl lombarde coinvolte saranno 10, il doppio rispetto a quelle che hanno preso parte al progetto iniziale

**S**i è tenuto di recente a Milano il primo workshop di respiro tecnologico sulla telemedicina: *"Telemedicina, salute in rete o buoni propositi"*. L'incontro con i maggiori rappresentanti della sanità italiana e lombarda è stato un momento di confronto per delineare progetti e prospettive attorno alla grande opportunità rappresentata dalla telemedicina. Durante il simposio sono state tratteggiate le innovazioni messe in campo per far fronte alla cronicità tra cui il telemonitoraggio a domicilio. Curare i pazienti a casa loro, far viaggiare le informazioni e non le persone e dare concretezza alla medicina di prossimità sono i principali vantaggi che la telemedicina, in generale, e il telemonitoraggio a domicilio, in particolare, possono portare nella cura del paziente cronico. Ne è convinto **Fiorenzo Corti**, Responsabile comunicazione nazionale Fimmg, che all'assise meneghina è stato il portavoce dell'esperienza lombarda di telemonitoraggio domiciliare inserita nel progetto CReG di gestione dei malati cronici.

"In Lombardia abbiamo concluso un'esperienza nel 2013 nel contesto della sperimentazione CReG (Chronic Related Group) - ha sottolineato Corti - che ha coinvolto un numero consistente di medici e pazienti. Il

nostro obiettivo era chiaro: monitorare pazienti anziani a domicilio con strumenti innovativi". Peso del paziente, pressione parziale dell'ossigeno, elettrocardiogramma: tutte informazioni rilevate grazie a tecnologie bluetooth e trasmesse, per mezzo di una scheda GSM, al Servizio Clienti del gestore della sperimentazione, sempre connesso ai medici di famiglia. "È stata un'esperienza pionieristica che aprirà la strada a step successivi di monitoraggio - ha evidenziato Corti -. Quest'anno, solo in Regione Lombardia, saranno coinvolte 10 Asl e non più 5, ci aspettiamo che anche il numero di medici e pazienti coinvolti raddoppieranno".

## ► La necessità di sperimentare

I dati di Regione Lombardia parlano chiaro: i malati cronici sono in costante aumento: circa 3.2 milioni in Lombardia nel 2013, pari al 31.8% della popolazione assistita, e rappresentano ben il 79.6% della spesa sanitaria per attività di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e consumo di farmaci. All'interno di questo gruppo di pazienti sta sempre più aumentando anche il numero di persone in condizione di cronicità socio-sanitaria (in particolare anziani non autosufficienti, persone

con disabilità e persone affette da dipendenze da sostanze), stimabili in circa 600.000.

In considerazione di questi numeri, e per quanto riguarda la rete territoriale, il nuovo paradigma del prendersi cura è stato oggetto di sperimentazione in Regione Lombardia attraverso il modello CReG, una modalità di presa in carico delle persone affette da malattie croniche finalizzata ad assicurare la continuità del percorso assistenziale.

"Il Direttore generale della sanità lombarda - ha sottolineato Corti - ha notificato una riduzione di ricoveri ospedalieri grazie alla sperimentazione CReG. Il paziente continua a mantenere il rapporto di fiducia con il suo Mmg e il monitoraggio, gestito tramite un Centro Servizi, attiva il medico di famiglia qualora ci sia l'emergenza. Abbiamo anche sviluppato un sistema di *customer satisfaction*, dal quale risulta che sia i pazienti che i medici sono contenti e soddisfatti di queste innovazioni".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a **Fiorenzo Corti**

# Una scuola ad hoc per la ricerca clinica in Medicina Generale

Per la prima volta in Italia si dà vita a un progetto formativo dedicato a selezionare tra i medici di famiglia ricercatori specializzati nella sperimentazione e gestione dei farmaci.

Il progetto, promosso dalla Fimmg, coinvolgerà nei primi due anni 400 Mmg che costituiranno il gruppo sperimentale adeguatamente formato

**Q**uattrocento Mmg formati nei prossimi due anni alla ricerca clinica e addestrati per costituire il "Gruppo sperimentatori in Ricerca clinica della Fimmg". La loro missione: elaborare nuovi modelli clinici, partecipare a progetti di ricerca sui farmaci prima e dopo la loro immissione in commercio. È l'obiettivo della prima Scuola di Ricerca in Medicina Generale realizzata in Italia, un innovativo progetto promosso dalla Fimmg che nasce grazie a un'erogazione liberale di 1,5 milioni di euro da parte di Merck & Co. per tramite della sua controllata MSD Italia.

Fulcro delle attività di formazione della Scuola sarà la sorveglianza dell'efficacia e della sicurezza dei farmaci sulla base dei dati ottenuti dall'esperienza reale con i pazienti. "La Scuola di Ricerca in Medicina Generale arriva in un momento importante e rappresenta un passaggio fondamentale in cui cresce la consapevolezza di dover introdurre in questo settore la Ricerca clinica che è ormai uno dei compiti essenziali del Mmg - afferma **Giacomo Milillo**, Segretario Generale Nazionale Fimmg - l'obiettivo della Scuola di Ricerca clinica è che all'interno di ogni AFT (aggregazione funzionale di territorio), entità organizzativa che presto coinvolgerà tutti i Mmg, sia presente un medico appositamente

formato in ricerca, una figura in grado sia di assemblare i grandi numeri che contraddistinguono la Medicina Generale sia di progettare una ricerca, di elaborare e interpretare i risultati ottenuti".

## ► Un vulnus da colmare

L'attuale approccio all'uso del farmaco risente fortemente della mancanza di informazioni strutturate e di dati che provengano dalla Medicina Generale. Il paziente seguito dai medici del territorio presenta caratteristiche cliniche e di trattamento molto diverse da quelle dei pazienti selezionati negli studi clinici, come ad esempio la presenza frequente di comorbidità e terapie concomitanti. Questo divario tra le evidenze dei trial e l'esperienza reale può limitare l'appropriatezza nell'uso dei farmaci con ricadute negative anche per la sostenibilità economica del nostro servizio sanitario, nazionale e regionale. Il progetto della Fimmg interviene proprio su questo gap e potenzia la ricerca italiana valorizzando la capillarità della presenza della Medicina generale sul territorio.

"Portare avanti studi pre-registrativi nelle condizioni più vicine possibili alla società reale attraverso una Scuola di Ricerca clinica è lo strumento che meglio rappresenta la

nuova frontiera per ottenere la massima quantità di salute dal bene farmaco - sottolinea **Walter Marrocco**, Responsabile Scientifico Fimmg - la logica dei *large and simple trial* sempre più utilizzata per la verifica dell'efficacia reale e non solo sperimentale dei farmaci, e in questo l'Italia può giocare un ruolo unico in Europa, proprio perché ha un'organizzazione di assistenza territoriale basata sulla Medicina Generale che non ha eguali e che, messa a sistema con gli altri partner, Mondo Scientifico, Industria, Servizio Sanitario Nazionale, Aifa, può avere ritorni sulla qualità dell'assistenza, sullo sviluppo della Ricerca e sulla produzione industriale".

Il supporto a Fimmg per la creazione della Scuola di Ricerca in MG è una tappa importante di un percorso pluriennale appena avviato dall'Azienda per sostenere le istituzioni scientifiche e professionali italiane nel campo della ricerca indipendente e che prevede un solido piano di investimenti nel Paese".



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

# La sostenibilità del Ssn al centro della Congresso GIMBE

*Riduzione degli sprechi e aumento del value in sanità saranno gli argomenti cardine della 10ª Conferenza Nazionale della Fondazione GIMBE che presenta il framework per guidare il processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze*

Il Patto per la Salute 2014-2016 ha fissato le risorse per il Ssn e definito le strategie di politica sanitaria per il prossimo triennio, in linea con uno dei principi fondamentali del progetto "Salviamo il Nostro Ssn", lanciato nel 2013 dalla Fondazione GIMBE. Nonostante i tagli, la Sanità pubblica rimane sostenibile a condizione di ridurre inefficienze e sprechi.

Se i "risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie", tutte le Regioni dovrebbero avviare un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), coinvolgendo attivamente aziende e professionisti sanitari. Purtroppo, a fronte della richiesta avanzata dal Governo con la Legge di Stabilità di recuperare 4 mld di euro, le Regioni hanno rinunciato all'incremento di 2 mld del Fondo Sanitario Nazionale, mettendo a rischio sia l'applicazione del Patto per la Salute, sia i nuovi livelli essenziali di assistenza.

Per dimostrare che esiste un'altra strada, la Fondazione GIMBE ha dedicato la 10ª Conferenza Nazionale alla riduzione degli sprechi e all'aumento del *value* in sanità, presentando il *framework* per guidare il processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, in particolare quelli correlati al sovra/sottoutilizzo di servizi e prestazioni sanitarie e all'inadeguato coordinamento dell'assistenza tra vari *setting* di cura.

## ► Una nuova partnership

Nel forum "Scienza, Ricerca e Sanità", autorevoli rappresentanti delle istituzioni e dell'industria si confrontano sulla difficile compatibilità tra innovazioni farmacologiche e tecnologiche e sostenibilità delle cure in un sistema di risorse limitate: Gianpiero Fasola (CIPOMO e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine), Luca Pani (Agenzia Italiana del Farmaco), Giuseppe Recchia (Glaxo-SmithKline), Giuseppe Remuzzi (Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII e Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Bergamo), Walter Ricciardi (Istituto Superiore di Sanità), Roberta Siliquini (Consiglio Superiore di Sanità).

Dall'analisi delle contraddizioni tra diseguaglianze e diritto costituzionale alla tutela della salute nasce la partnership tra Fondazione GIMBE e Associazione Dossetti, insieme chiedono una modifica dell'articolo 117 del Titolo V che restituisca allo Stato il ruolo di garante del diritto alla salute delle persone e assicuri l'uniforme attuazione dei Lea su tutto il territorio nazionale.

Presentati anche 8 progetti del Laboratorio Italia realizzati da Regioni e aziende sanitarie, che utilizzando le evidenze scientifiche per guidare l'appropriatezza professionale e i reali bisogni dei pazienti per riorganizzare i servizi, dimostrano come il processo di disinvestimento e riallocazione è la strada maestra per contribuire alla sostenibilità della Sanità pubblica.

# Il modello comunicativo nella relazione con il paziente

Migliorare il proprio stile comunicativo può aiutare a superare, almeno in parte, la tensione che deriva dalla relazione con i pazienti più difficili, a ridurre l'evoluzione nel tempo verso la sindrome del burn out, a ridare una parte di dignità e prestigio a un lavoro, quello di Mmg, che molto ha perso su diversi fronti in questi ultimi tempi

**Emanuele Zacchetti**

*Medicina Generale, Psicoterapeuta, Specialista in Neurofisiologia Clinica - Borgosesia (VC)*

**D**urante gli anni della mia attività come medico di famiglia, utilizzando la mia esperienza maturata nell'ambito della psicologia clinica e della psicoterapia, ho cercato di analizzare quali sono i modelli comunicativi che più frequentemente utilizziamo nella sua pratica clinica quotidiana. Ogni medico struttura il suo modo di relazionarsi con i pazienti prima di tutto in base alle sue personalità. Grazie alle relazioni intercorse con i colleghi che esercitano nel mio stesso territorio e a quelle intraprese durante la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento ecc, ho rilevato che vi sono delle tipologie caratteriali definite che danno vita a modelli diversi di approccio relazionale al paziente.

I pazienti dal canto loro scelgono il loro medico di fiducia per svariati motivi tra cui vanno annoverate: la comodità di raggiungere un ambulatorio vicino alla propria abitazione o la capacità professionale del medico o la sua disponibilità di cui si è "sentito dire", oppure la casualità. Inoltre va presa in considerazione anche la scelta "irrazionale" o me-

glio inconscia che guida una certa tipologia di pazienti verso una certa tipologia di medici. Personalmente ho tra i miei pazienti una percentuale più elevata, rispetto ad altri miei colleghi, di persone con disturbi della sfera psichica. Adduco ciò in parte alla mia formazione professionale, ma ritengo che l'elemento più importante di questa scelta sia la percezione da parte dei miei assistiti di trovare una maggiore ascolto di problematiche che vanno al di là della sfera medica.

## ▶ A ognuno il suo modello

Ogni medico comunque entra in relazione con i pazienti con i suoi modelli comunicativi abituali, legati alla sua struttura caratteriale, alla sua formazione e cultura, alle sue credenze, ma viene anche scelto da certe tipologie di pazienti proprio per queste caratteristiche. Alcuni modelli comunicativi sono utilizzati dal medico in modo inconscio e automatico percependoli come "naturali", proprio perché istintivi e non frutto di riflessione. Possiamo osservare medici molto loquaci,

spesso scherzosi e che usano un linguaggio semplice in sintonia con quello del paziente, li possiamo inquadrare nella figura del "buon amico". Molto disponibili ed empatici entrano facilmente in relazione con il paziente. Il rischio però è quello di non riuscire a mantenere il necessario distacco ed essere soggetti a richieste eccessive o inserite in momenti inappropriati. Il medico che utilizza lo stile comunicativo del "buon amico" non definisce in modo adeguato i limiti della relazione, stabilendo un rapporto dove i ruoli vengono a essere sfumati al punto da compromettere nel tempo anche il rapporto fiduciario necessario per la gestione della cura.

A questa tipologia si contrappone la figura del "medico sicuro" delle sue capacità e competenze, molto critico spesso verso gli altri colleghi sia Mmg sia specialisti, non avvezzo a dubbi sul proprio operato. Questo medico è portato a ostentare tale sicurezza anche quando formula diagnosi e generalmente ha scarsa capacità di ascolto. Tali caratteristiche si riflettono anche nella relazione con il paziente, il

quale tende ad avere un rapporto timoroso e reticente.

C'è poi il "medico introverso", poco loquace, molto attento a non far invadere i propri spazi personali. In genere questa tipologia di colleghi si concentra sugli aspetti organici dei disturbi che sono portati alla sua attenzione dai pazienti. Nell'ascolto tendono a non tenere nella dovuta considerazione gli aspetti emotivi o le vicende di vita che il paziente accompagna alla descrizione dei sintomi. Si tratta di medici molto scrupolosi e preparati sul versante prettamente scientifico, che danno al paziente un senso di sicurezza nella gestione della diagnosi e della terapia, ma sorvolando sul vissuto della sofferenza che è portata alla loro attenzione inficiano una parte importante del processo di cura.

### ► La spontaneità non sempre è un bene

Ogni medico quindi, partendo dalla propria personalità, porta nella relazione con il paziente un suo stile di comunicazione che può essere simile a quello di altri colleghi, ma fondamentalmente unico e irripetibile. Ciò non toglie che *"la presenza del professionista modifica comunque il sistema, la comunicazione professionale deve ignorare ogni spontaneità ed essere assolutamente consapevole, non aumentare la confusione"*. Queste parole, scritte diversi anni fa da Giorgio Bert, collega cardiologo conosciuto per la sua esperienza e le sue ricerche nell'ambito del counselling medico, hanno sempre una loro grande validità. *"Il medico di oggi non è immerso nella complessità più di quanto non lo fosse il medico di cinquant'anni fa, semplicemente oggi gli elementi in*

*gioco sono molto più numerosi, si muovono più rapidamente e soprattutto, sono inseriti in un contesto ad alta intensità informativa. Per questo, una maggiore competenza comunicativa diventa necessaria, e in molti casi indispensabile ogni volta che è necessario decidere cosa dire al paziente, come dirlo e con quali obbiettivi"* (Bert, 1998).

Come ci insegna Bert, comunicare con un paziente oggi è molto più impegnativo rispetto a qualche decennio fa, la complessità del mondo in cui vive rende molto più complesso il modo in cui esprime la sua sofferenza, la sua malattia, ma anche le aspettative di cura e di guarigione sono diventate molto più elevate.

Proprio per questo motivo il medico deve passare da una comunicazione di tipo esplicativo-affermativo a una comunicazione di tipo interrogativo-esplorativo. La parte più importante, di questo cambio di paradigma, sta proprio nell'ascolto. Un ascolto attento permette di fare domande aperte e consente al paziente di descrivere le sue sensazioni e al medico di aiutarlo, per quanto possibile, a includere i suoi sintomi in una descrizione accettabile per lui.

Per utilizzare una buona comunicazione è necessario comprendere le strutture cognitive che il paziente ha costruito intorno alla sua salute, ai sistemi di conoscenza a cui egli fa riferimento. La tendenza del medico è quella di cercare di indirizzare i paradossi e le ambiguità, portate spesso in visita dal paziente, nel campo della razionalità e delle certezze, ma questo processo di razionalizzazione spesso non funziona perché, come ci insegna la psicologia sistemica, siamo nell'ambito della complessità e i sintomi oltre

che a essere decodificati dalle conoscenze mediche apprese devono essere inseriti nel sistema di credenze, aspettative, timori di cui ogni persona è portatrice e valutato all'interno del suo contesto familiare.

### ► La formazione

Nessuno ha formato il medico a prendere coscienza e a lavorare sul suo stile comunicativo. Ma il medico interessato ad affinare la comunicazione può usufruire di validi corsi di formazione al *counselling* e utilizzare ottimi testi, come quelli scritti dal collega Bert in collaborazione con la psicologa Quadrino, che sviluppano l'aspetto del counselling sistemico. Un modello di riferimento che è molto vicino al *modus operandi* del Mmg, inserito nel sistema familiare dei suoi pazienti più di ogni altra figura medica con cui gli assistiti entrano in contatto. Migliorare il proprio stile comunicativo può aiutare a superare, almeno in parte, la tensione che deriva dalla relazione con i pazienti più difficili, a ridurre l'evoluzione nel tempo verso la sindrome del *burn out*, a ridare una parte di dignità e prestigio a un lavoro che molto ha perso su diversi fronti in questi ultimi tempi. Inoltre, la capacità comunicativa del medico può diventare una possibilità molto efficace di potenziare le terapie mediche e chirurgiche proposte.

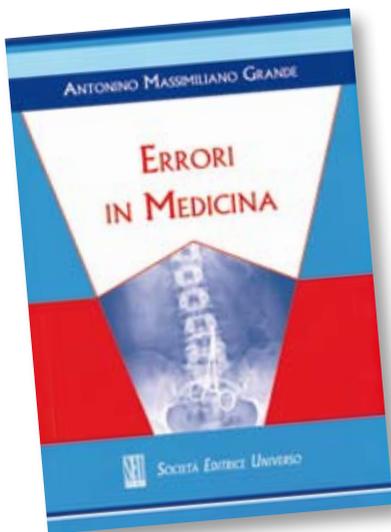
### Bibliografia

- Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2003
- Bert G, Quadrino S. Il medico e il counselling. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1998
- Bert G, Quadrino S. L'arte di comunicare. CUEN editrice, Napoli 1998
- Zacchetti E, Castelnuovo G. Clinica psicologica in psicosomatica. F. Angeli Editore, Milano 2014

# Medicina difensiva, necessità o alibi?

*L'affermarsi della medicina difensiva è da attribuirsi all'evidente rapporto di sfiducia relazionale tra medico e paziente: si determina una vera e propria trasformazione della professione medica che rimane preda dell'insicurezza e del timore di finire in un'aula di tribunale*

**Antonino M. Grande**  
Dirigente medico I livello  
Divisione Cardiocirurgia  
IRCCS Policlinico S.Matteo, Pavia



In passato e fino alla seconda metà del 1900 la professione medica è stata essenzialmente dominata da un atteggiamento paternalistico del medico: questi agiva come un buon padre di famiglia nei confronti del proprio paziente che, a sua volta, aveva assoluta fiducia e stima nei suoi confronti. Con il tempo tale atteggiamento è nettamente cambiato e il paziente, meglio informato di prima, si sente in grado, a torto o a ragione, di giudicare l'operato del proprio sanitario che risulta molto più esposto a possibili denunce in caso il suo intervento non abbia conseguito gli obiettivi prefissati. Tutto questo spinge i medici ad assumere un comportamento che tende a evitare qualsiasi azione medica che possa creare un rischio per il paziente, agendo unicamente in modo cauto promuovendo quella che viene comunemente detta medicina difensiva.

Gli aspetti principali della medicina difensiva si basano nell'effettuazione di esami clinici diagnostici e trattamenti medici o chirurgici, non tanto per assicurare il bene e la salute dei pazienti, ma a garanzia e testimonianza delle responsabilità medico-legali in caso di possibile azione legale mossa dai pazienti. In definitiva, determina una vera e propria trasformazione della professione medica che rimane preda dell'insicurezza e del timore di finire in un'aula di tribunale. Il medico finisce per sospettare che ogni paziente o familiare sia un potenziale contendente in tribunale, determinando una perdita nella fiducia e incrinando il rapporto medico-pazien-

te. Inoltre, quando il medico compie un errore risulta riluttante a scusarsi con il paziente o i familiari per il timore che tale atteggiamento risulti come un'ammissione di colpa.

L'affermarsi della medicina difensiva, conseguenza diretta e inevitabile della profonda crisi della medicina attuale, è da attribuirsi all'evidente rapporto di sfiducia relazionale tra medico e paziente. I classici principi etico-deontologici dell'arte medica barcollano e la paura di venire denunciati determina un vero e proprio allontanamento da quello che costituisce lo scopo della loro professione: agire nell'esclusivo interesse e bene del paziente. Un dato è incontrovertibile: i medici sono sotto attacco e le vertenze giudiziarie sono in costante ed esponenziale aumento. Ne deriva che, nonostante gli spettacolari progressi conseguiti, i medici si trovano costantemente a un bivio: assumere un atteggiamento prudente nei confronti del rischio di incorrere in eventuali addebiti di responsabilità professionale per possibili complicanze o insuccessi, oppure praticare con coraggioso rigore e con coscienza scelte procedurali, diagnostiche e terapeutiche, senza inutili devianze prudenziali.

## ► Distinzioni tra medicina difensiva positiva e negativa

È stato proposto di distinguere una medicina difensiva *positiva* e una *negativa*. La prima si basa nel tenere un comportamento cauto mirato a fare ricorso a servizi aggiuntivi quali esami diagnostici, visite e trattamenti essenzialmente non necessari che

hanno come fine ridurre le *chance* di conseguire risultati negativi, raccogliere documenti clinici che possano attestare che sanitari hanno operato bene in maniera tale da cautelarsi da eventuali azioni legali. Infine, l'esecuzione di vari esami e/o procedure può indubbiamente avere azione dissuasiva sui pazienti che vogliano intraprendere un'azione giudiziaria.

La *medicina difensiva negativa*, invece, si basa sull'astenersi dall'effettuare test o procedure terapeutiche per evitare il rischio di danni al paziente e, quindi, di possibili vertenze giudiziarie.

In conclusione, la medicina difensiva può esporre i pazienti a costi elevati non necessari, a dolore (nel corso di test invasivi) e riducono la stessa autonomia dei malati in quanto il consenso dato non è pienamente informato. In Italia, la medicina difensiva ha un costo di 10 miliardi di euro, lo 0.75% del Pil, la stessa cifra incassata dallo Stato nel 2012 con l'Imposta Municipale Unificata (Imu). Poco meno di quanto investito in ricerca e sviluppo nel nostro Paese. Tale dato è stato rilevato dalla relazione finale della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, dove risulta che nel decennio 1995-2005 la spesa sanitaria in Italia è quasi raddoppiata, passando da 48 a 92 miliardi di euro l'anno<sup>1</sup>.

### ► **Rischio di meningite batterica, quale condotta adottare?**

Considerando un caso di pertinenza pediatrica, può essere interessante menzionare la diagnosi di meningite batterica, temuta causa di denuncia nei confronti dei pediatri e dei medici che lavorano in Pronto Soccorso. Infatti, un ritardo nella diagnosi può provocare gravissimi danni neurologici, epilessia, sordità, ritardo men-

tale e anche morte. Una diagnosi pressoché certa viene conseguita mediante esecuzione di una puntura lombare. A questo punto ne potrebbe convenire che effettuare l'aspirazione del liquido cerebrospinale in tutti i bambini tra i 2 e i 6 anni, giunti al Pronto Soccorso con grave stato febbrile, azzeri il rischio di denuncia per i medici e permetta di diagnosticare in teoria quasi tutti i bambini colpiti da meningite of-frendo, contemporaneamente, un alibi per quei casi che non venissero scoperti.

Ma quali sono gli effetti di un comportamento difensivo? Ansia per i familiari dei piccoli, rischi e dolore per la procedura diagnostica e, infine, i costi non del tutto indifferenti. Affrontare razionalmente il processo diagnostico senza avere come scopo un mero effetto difensivo significa elaborare correttamente i dati provenienti dall'esame obiettivo del piccolo. Se non sono presenti stato letargico, irritabilità, ridotta perfusione cutanea, vomito, attacchi epilettici, rigidità nucale, ecc., è molto improbabile che vi sia un'infezione meningitica; qualora l'infezione si manifestasse successivamente, un'eventuale vertenza giudiziaria sarebbe facilmente superabile da parte del medico. In particolare modo, se il medico fornisce dettagliate istruzioni e consigli ai genitori, riportate nella cartella clinica, e programma i controlli successivi si instaura un rapporto di fiducia che aiuta a comprendere, poi, le condizioni del bambino eventualmente dimesso. Una maggiore comprensione della situazione clinica rende i genitori più attenti nel controllare ogni sintomo del loro piccolo e può anche indurli ad accettare un esito sfavorevole, considerando la partecipazione del sanitario<sup>2</sup>.

In definitiva, il medico nel processo diagnostico-terapeutico non solo deve considerare le metodiche più consone al paziente, ma anche cercare di non farsi guidare dalla preoccupazione di essere denunciato snaturando la cura del paziente. È opportuno, quindi, non assumere un atteggiamento difensivo che porta a non adottare decisioni oppure a non seguire terapie nuove, determinando così un ritardo nella diagnosi, nella guarigione e mettendo a rischio la vita stessa del paziente. Contestualmente è necessario vi sia un provvedimento legislativo che possa mettere a punto linee guida di riferimento per le procedure diagnostiche e terapeutiche nelle varie patologie. Difatti, per quanto concerne la chirurgia, sono sempre più frequenti i casi in cui i chirurghi, temendo il rischio di una causa, rifiutano di eseguire un intervento<sup>3</sup>. E come afferma Gian Antonio Stella<sup>4</sup>, non vorremo finire come negli Stati Uniti ove, in seguito alla vera e propria caccia, da parte degli studi legali, ai pazienti che hanno ricevuto possibili danni, per gli interventi più impegnativi in sala operatoria *"vanno solo i chirurghi pakistani che quando hanno accumulato troppe cause giudiziarie tornano in Pakistan e addio..."*.

Tratto da: "Errori in medicina"  
Antonino Massimiliano Grande  
Società Editrice Universo  
Roma, 2014

### Bibliografia

1. La medicina difensiva costa quanto l'IMU. 22/01/2013 Corriere della Sera Salute.
2. Brooten KE, Chapman S. Malpractice : A Guide to Avoidance & Treatment. N. Y.: Harcourt Brace Jovanovich, 1987:27-29.
3. El. Ser. Teme la causa, medico rifiuta l'intervento. Corriere della Sera 23/02/2012, pag. 25.
4. Stella GA. L'assedio legale medici e pazienti. Corriere della Sera 17/06/2012.

# AGGIORNAMENTI

---

---

---



## ■ **CARDIOLOGIA**

*Ancora insufficiente la prevenzione cardiovascolare*

## ■ **DERMATOLOGIA**

*Le relazioni tra psoriasi, obesità e dieta*

## ■ **DOLORE NEUROPATICO**

*Nevralgia post-erpetica, quando il virus si “risveglia”*

## ■ **EPATOLOGIA**

*Cogliere i primi sintomi dell'encefalopatia epatica*

## ■ **PSICHIATRIA**

*Scala di valutazione sugli stati misti bipolari*

## ■ **REUMATOLOGIA**

*Terapia dell'osteoporosi: un paradosso italiano*

## ■ CARDIOLOGIA

### Ancora insufficiente la prevenzione cardiovascolare

**I**n Europa meno della metà dei soggetti con pregresso infarto cardiaco riesce a beneficiare della riabilitazione e di misure di prevenzione secondaria e permane altissimo il tasso di fattori di rischio. Queste le criticità emerse da EUROASPIRE IV, il più ampio studio europeo sulla prevenzione delle coronaropatie (*Eur J Prevent Cardiol* 2015; DOI: 10.1177/2047487315569401).

Alla luce di questi dati, gli autori sottolineano la necessità di nuovi approcci in prevenzione cardiovascolare (CV) che integrino i programmi di riabilitazione cardiaca e di prevenzione secondaria in un approccio adattato alle condizioni mediche e culturali di ogni Paese. Kornelia Kotseva del National Heart and Lung Institute, Imperial College di Londra, prima firmataria dello studio, ha così commentato: "I risultati sono molto deludenti. La maggioranza dei pazienti coronarici non raggiunge gli standard delle linee guida per la prevenzione secondaria. Viene riportato un elevato uso di farmaci, ma il controllo dei fattori di rischio rimane inadeguato e, nonostante l'esistenza di linee guida evidence-based, la loro integrazione nella routine assistenziale rimane deludente e in Europa permangono

tuttora ampi spazi di miglioramento delle misure di prevenzione CV".

#### ► Dati della survey

Lo studio è condotto sotto l'egida del Programma di ricerca EURObservational dell'European Society of Cardiology. Hanno partecipato 78 centri in 24 Paesi dell'UE e la valutazione di un totale di 16.426 cartelle cliniche ha consentito di identificare 7.998 pazienti coronaropatici. I risultati delle survey effettuate nel tempo hanno messo in luce una persistente tendenza all'ampia diffusione di fattori di rischio nella popolazione generale, in particolare un costante incremento dell'obesità e una persistenza dell'abitudine al fumo soprattutto nei soggetti giovani. L'ultima survey mostra che il trend continua.

- Circa la metà di coloro che prima di un evento cardiaco fumavano al follow-up sono ancora fumatori. Il tasso di prevalenza è più alto nei pazienti più giovani (età <50 anni), indipendentemente dal sesso. Nonostante l'evidenza dimostra che smettere di fumare dopo un evento cardiaco riduce la mortalità coronarica di almeno il 36%, meno di un fumatore su cinque ha ricevuto il consiglio di

frequentare strutture dedicate alla disassuefazione dal fumo e solo una piccola minoranza ha intrapreso il percorso.

- La maggioranza dei coronaropatici ha aumentato i livelli di attività fisica e modificato la dieta. Tuttavia, solo quattro su dieci soggetti hanno raggiunto un livello di attività fisica di intensità moderata o vigorosa per almeno 20 minuti una o più volte alla settimana.
- La maggioranza dei pazienti è in sovrappeso od obeso, spesso con obesità centrale. Molti di loro non hanno ricevuto indicazioni relative alla necessità di un controllo ponderale, e chi le ha ricevute non ha seguito le raccomandazioni dietetiche né ha incrementato il livello di attività fisica. Molti pazienti non hanno manifestato alcuna intenzione di perdere peso.
- Nonostante la presenza di precise indicazioni sul controllo pressorio, meno di un terzo dei pazienti coronaropatici in terapia antipertensiva raggiunge l'obiettivo raccomandato.
- Meno di due terzi dei pazienti presenta valori di colesterolo LDL <2.5 mmol/L (e solo un quinto valori pari a <1.8 mmol/L) nonostante una terapia ipolipemizzante, un dato che evidenzia la necessità di una gestione più aggressiva delle dislipidemie.
- Altrettanto scadente è risultato il controllo glicemico nei diabetici: poco più di un terzo dei soggetti ha raggiunto un livello di HbA1c di 6.5% e meno della metà è rientrata nei limiti di 7.0%.

## ■ DERMATOLOGIA

### Le relazioni tra psoriasi, obesità e dieta

**P**uò la dieta condizionare la gravità della malattia psoriasica?

Sono sempre più numerose le evidenze che sembrano portare a una risposta positiva. Tra queste un recente studio italiano (Barrea L et al. *J Transl Med* 2015; 13: 18) che ha investigato l'esistenza di una relazione fra l'aderenza alla dieta Mediterranea, modello di alimentazione "sana" associato a un rischio ridotto di malattie metaboliche, cardiovascolari, neoplastiche e cronico-degenerative, la composizione corporea e la severità della psoriasi.

Lo studio osservazionale ha coinvolto 61 pazienti con psoriasi media o grave e 62 controlli, sottoposti a un questionario detto PREDIMED usato per valutare l'aderenza alla dieta mediterranea. La severità della psoriasi è stata determinata con l'indice PASI (Psoriasis Area and Severity Index) e i livelli di proteina C reattiva (PCR).

I risultati hanno mostrato che i maggiori predittori del PASI sono la massa grassa e il punteggio PREDIMED; in particolare, dei diversi parametri del questionario PREDIMED, hanno avuto un valore predittivo indipendente per lo score PASI e i livelli di PCR, il consumo di olio extravergine d'oliva e quello di pesce.

#### ► BMI e psoriasi

"I dati che sembrano suggerire un ruolo importante della dieta e della composizione corporea nella gravità della psoriasi si stanno accumulando" chiarisce **Donatella Bollini** (Biologo Nutrizionista, Paderno Dugnano, MI). Alcune evidenze hanno mostrato che soggetti con maggiore BMI hanno un rischio più elevato di sviluppare o peggiorare la psoriasi. Più in dettaglio, per ogni punto di incremento del BMI si ha un incremento del 9% del rischio di esordio della psoriasi e un incremento del 7% del rischio di un peggioramento del punteggio PASI (*Acta Derm Venereol* 2009; 89: 492-7; *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 1035-9).

Questa correlazione sembra avere anche un forte razionale fisiopatologico, da ricercarsi nel fatto che psoriasi e obesità sono patologie che condividono un processo infiammatorio. Gli adipociti ipertrofici presenti nel paziente obeso sono infatti in grado di secernere sostanze proinfiammatorie, come IL-1, IL-6, TNF-alfa, leptina, e una serie di molecole che inducono uno stato d'infiammazione cronica. Le stesse molecole si trovano anche nella malattia psoriasica (*NEJM* 2009; 361: 496-509).

#### ► Possibile ruolo della dieta

In seguito a queste osservazioni resta da comprendere se sia possibile migliorare la psoriasi agendo sul BMI e/o sulla composizione della dieta. I dati in questo senso non sono chiarissimi: gli studi condotti utilizzando forti restrizioni caloriche (800-850 Kcal) hanno mostrato un miglioramento della sintomatologia, ma non significativo, ponendo anche legittimi dubbi sull'opportunità di mettere in atto delle diete così drastiche senza un adeguato corrispettivo sul miglioramento sintomatologico della psoriasi. Un approccio che sembra essere particolarmente interessante riguarda la possibilità di agire non tanto sulla "quantità" di cibo, quanto sulla "qualità", evitando cibi considerati proinfiammatori (per esempio carni conservate, alimenti affumicati, zuccheri semplici) e privilegiando alimenti a valenza antinfiammatoria (per esempio pesce grasso, riso e cereali integrali, vegetali, frutta) (*J Nutr* 2007; 137: 992-8; *Am J Clin Nutr* 2006; 1369-79).

In questo senso, il recente studio italiano sul possibile ruolo della dieta Mediterranea nel lenire i sintomi della psoriasi sembra andare proprio in questa direzione.



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

## ■ DOLORE NEUROPATICO

### Nevralgia post-erpetica, quando il virus si “risveglia”

Scelto come tema dell'anno mondiale del dolore 2014-2015 il dolore neuropatico è una forma di dolore provocato da una lesione o da una disfunzione del sistema somatosensoriale, il sistema deputato alla ricezione, trasmissione e interpretazione degli stimoli sensoriali o dolorosi che colpiscono l'organismo. Le lesioni o alterazioni possono interessare il sistema nervoso centrale o periferico (1). Il dolore neuropatico periferico è provocato da una lesione localizzata a livello del sistema nervoso periferico. Questo tipo di dolore si può presentare come radicolopatia lombare (sciatica), nevralgia post-erpetica (dolore persistente successivo all'eruzione cutanea dell'Herpes zoster), neuropatia diabetica, neuropatia correlata all'HIV, dolore neuropatico post-chirurgico. Quello centrale, invece, può essere causato da lesioni ischemiche, infiammatorie, traumatiche o compressive a livello midollare o encefalico.

Il dolore neuropatico si manifesta con sensazioni sgradevoli, quali bruciore e scosse elettriche, intorpidimento, deficit sensitivo e altre sensazioni molto difficili da descrivere. Ad ogni modo, molte forme di dolore possono avere le caratteristiche del dolore neuropatico, incluse le

forme dovute a condizioni “non propriamente neuropatiche”, quali, ad esempio, l'osteoartrite o il dolore oncologico.

L'Herpes zoster (HZ), comunemente noto come fuoco di Sant'Antonio, è causato dallo stesso virus della varicella, l'Herpes-zoster virus. Il 90% dei giovani contrae la varicella prima dei 15 anni. Quando si viene in contatto per la prima volta nella vita con questo virus ci si ammala di varicella e, immediatamente, il sistema immunitario si mobilita per contrastare l'infezione.

Il virus abbandona poi i nervi sensitivi e giunge ai gangli delle radici posteriori, dove, protetto dalle guaine che rivestono i nervi, rimane per anni in forma “latente”, vivo ma incapace di moltiplicarsi.

Condizioni di indebolimento delle difese immunitarie possono determinare il “risveglio” del virus, responsabile dell'Herpes zoster. Questa neuropatia infettiva può insorgere più facilmente negli anziani e in persone defedate, in cui la compromissione delle difese immunitarie permetta al virus di riattivarsi, ad esempio in seguito ad affaticamento, scottature solari, chemioterapia antitumorale o in pazienti affetti da AIDS. L'HZ è molto comune, soprattutto dopo i 50 anni. Si ritiene, infatti, che un individuo su dieci ne sarà affetto nel corso della vita. L'impatto dell'HZ e della nevralgia post-erpetica sulle attività quotidiane è significativa (*tabella*).

#### Herpes zoster: dati epidemiologici

Circa 1 persona su 4 in Europa è destinata a soffrire di Herpes zoster nel corso della propria vita, in 2 casi su 3 dopo i 50 anni. Una malattia che colpisce ogni anno oltre 1.7 milioni di persone in Europa, circa 157.000 in Italia, con un'incidenza che è destinata a crescere nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, con ricadute significative in termini economici e sociali. L'infezione è una conseguenza del declino fisiologico delle difese immunitarie (immunosenescenza); inoltre, l'invecchiamento è associato anche a una maggiore gravità della malattia, alla comparsa e alla severità delle sue complicanze e a un più alto numero di ospedalizzazioni che, per oltre il 60%, riguardano soggetti con più di 65 anni, facendo registrare una degenza media annua di oltre 22.000 giornate. Non solo l'invecchiamento, ma anche alcune malattie croniche possono aumentare il rischio di sviluppare l'Herpes zoster: pazienti con diabete o broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono esposti da 2 a 8 volte in più al rischio di sviluppare l'infezione. L'infezione da HIV è un'altra tipica condizione caratterizzata da un indebolimento delle difese immunitarie ed è frequentemente associata a infezioni da Herpes zoster: dei 33 milioni di individui con infezione da HIV a livello globale, circa il 35% soffre di dolore neuropatico, con una risposta modesta ai trattamenti standard (2-5).

**Tabella**

**Percentuale di impatto della malattia sulla vita quotidiana (score  $\geq 4$ , in una scala da 0 a 10)**

	Fatica	Perdita di peso	Insonnia	Distress emotivo	Menomazione psicologica	Depressione /ansia	Stress
Herpes zoster	38	12	27	47	31	19	53
Nevralgia post-erpetica	36	4	27	39	29	16	39

Mod da Weinke T, et al. Scientific World Journal 2014

► **Terapia dell'Herpes zoster**

La terapia ideale tanto per l'HZ che per la neuropatia post-erpetica (NPE) dovrebbe minimizzare il danno acuto e il dolore dal momento in cui l'HZ si manifesta. Purtroppo, nella pratica quotidiana raramente si ha la possibilità di un trattamento aggressivo prima che la sintomatologia sia durata vari giorni, cioè quando l'analgesia precoce non è più possibile.

I tre approcci principali per affrontare l'HZ sono la terapia antivirale, la terapia analgesica e la terapia anestesiológica.

Gli agenti antivirali includono l'interferone, che può attenuare l'HZ nei pazienti immunocompromessi, e l'aciclovir. Altri antivirali sono valaciclovir e famciclovir, evoluzione dell'aciclovir. Valaciclovir sembra indurre risoluzione del dolore più velocemente dell'aciclovir. Comunque la loro efficacia è strettamente condizionata all'inizio precoce della terapia: entro le 72 ore dalla comparsa del rash.

La terapia analgesica, sia per l'HZ che per la neuropatia post-erpetica, prevede l'impiego di tramadolo, gabapentin, pregabalin, oppioidi. Quora questo non sia sufficiente, l'ap-

proccio anestesiológico comprende l'infiltrazione locale di anestetici locali, oppure i blocchi periferici, epidurali o simpatici.

Come adiuvanti alla terapia analgesica, in particolare nella neuropatia post-erpetica, vengono impiegati complessi vitaminici del gruppo B, acetil-carnitina e acido alfa-lipoico (ALA). L'azione antiossidante dell'ALA può essere utile nella fase acuta dell'HZ per prevenire le lesioni nervose causate dal virus e per ridurre l'infiammazione che esso induce. L'azione protettiva di ALA sul nervo può tradursi in una minore probabilità per il paziente di sviluppare una NPE. A maggior ragione, è razionale l'impiego di ALA nella NPE per ridurre il dolore e accelerare la riparazione del nervo danneggiato.

L'associazione con le vitamine del gruppo B, e in particolare con la vitamina B6, grazie alla sua proprietà di innalzare la soglia del dolore, è particolarmente utile per alleviare il dolore neuropatico.

Altri effetti benefici possono derivare dalla somministrazione di honokiol, una sostanza naturale estratta dalla Magnolia grandiflora, una specie di magnolia comune in Giappone, che

viene ampiamente utilizzata in medicina tradizionale asiatica. Noto per le sue proprietà ansiolitiche, antidepressive, antitrombotiche, antimicrobiche, antispasmodiche e antitumorali, honokiol ha dimostrato anche un ruolo importante come sostanza neuroprotettiva, analgesica e antinfiammatoria nei confronti del sistema nervoso centrale e periferico che possono essere sfruttate nella terapia dell'HZ e della neuropatia post-erpetica (6).

**Bibliografia**

1. Bennett MI, et al. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain* 2012;153:359-65.
2. Johansen A, et al. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* 2012;153:1390-6.
3. Treede RD et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008; 70: 1630-35
4. Van Hecke O, et al. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. *Pain* 2014;155:654-62.
5. Weinke T, et al. The Societal Impact of Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia on Patients, Life Partners, and Children of Patients in Germany. *Scientific World Journal* 2014; 2014: 749698. doi: 10.1155/2014/749698.
6. Wild S, et al. Global prevalence of diabetes. estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-53.
7. Woodbury A, et al. Neuro-modulating effects of honokiol: a review. *Front Neurol* 2013; doi: 10.3389/fneur.2013.00130

## ■ EPATOLOGIA

### Cogliere i primi sintomi dell'encefalopatia epatica

L'encefalopatia epatica (EE) è una condizione clinica che, se non individuata precocemente, può incidere pesantemente sulla qualità di vita del paziente, fino a risultare invalidante. Cali dell'attenzione, difficoltà di concentrazione e deficit delle abilità spaziali sono i primi segnali, risultanti anche in un aumentato rischio di incidenti stradali. I segni più eclatanti sono deficit cognitivi, confusione, difficoltà a svolgere lavori manuali di precisione. Nei casi più gravi si arriva al coma. "Lo spettro dei sintomi è talmente vasto che spesso vengono scambiati

per qualcosa di diverso", afferma **Erica Villa**, Professore Ordinario di Gastroenterologia, Università di Modena e Reggio Emilia, Direttore della UC di Gastroenterologia dell'AOU di Modena. "Si tratta spesso di pazienti anziani e già malati da tempo. Stati confusionali, irritabilità o cambiamenti di umore possono essere causati anche dall'invecchiamento. Ma esistono dei test neuropsicologici che possono dare la certezza della diagnosi".

Ogni malato di cirrosi, nella fase più grave della malattia epatica caratterizzata da una forte com-

promissione delle funzioni del fegato, può sviluppare encefalopatia epatica. Si stima che circa 9.000 pazienti vengano ospedalizzati ogni anno a causa di questa patologia in Italia e che, attacco dopo attacco, vedranno le loro condizioni peggiorare. Una volta che si verifica il primo evento, infatti, è molto probabile che ne seguano altri, e che lo facciano a intervalli di tempo sempre minori.

Per questo è importante, dopo il primo attacco, adottare una corretta strategia di prevenzione delle recidive.

I sintomi della EE non sono specifici, e quindi non è semplice ricondurli a questa sindrome (*tabelle 1 e 2*). Nella forma minima, poi, i segnali sono ancora più difficili da cogliere: non emergono dai normali controlli, ma possono essere evidenziati solo da test neuropsichiatrici e neurofisiologici. Soltanto chi conosce il paziente, e lo se-

**Tabella 1**

**Encefalopatia epatica: stadi di gravità secondo la scala West-Haven Grading System**

Stadio	Consapevolezza	Intelletto e Comportamento	Segni neurologici
0	Normale	Normale	Normali
1	Leggera mancanza di consapevolezza	Soglia di attenzione più bassa del normale; difficoltà a fare addizione e sottrazioni	Lieve asterixi o tremore
2	Letargia	Lieve disorientamento; comportamento inappropriato	Forte asterixi, difficoltà a parlare
3	Stato di sonnolenza	Forte disorientamento; comportamento bizzarro	Rigidità muscolare e clonie, iperreflessia
4	Coma	Coma	Postura tipica da decerebrazione

**Tabella 2**

**Encefalopatia epatica: stadi di gravità secondo la Glasgow Coma Scale**

Stadio	Apertura degli occhi	Risposta motoria	Risposta verbale
6	Spontanea	Obbedisce ai comandi	Conduce una conversazione sensata e appropriata
5	Spontanea	Localizza lo stimolo doloroso	Conduce una conversazione sensata e appropriata
4	Spontanea	Localizza lo stimolo doloroso	Parla con frasi sconnesse
3	Spontanea	Flessione allo stimolo doloroso	Pronuncia parole incoerenti
2	Allo stimolo doloroso	Estensione allo stimolo doloroso	Emette suoni indistinti
1	No	Nessuna	Nessuna

gue da vicino per tempi prolungati, può ravvisare cambiamenti nella personalità, una maggiore facilità a distrarsi, e avere anche l'occasione di chiedere ai familiari se hanno ravvisato eventuali difficoltà nella guida e sul lavoro, o su disturbi psicomotori. Non a caso, nella maggior parte dei casi è il medico di famiglia a riconoscere i primi segnali di EE e a suggerire al paziente di sottoporsi alle indagini appropriate.

**► Suggestimenti di prevenzione**

L'armamentario terapeutiche per l'encefalopatia epatica è estremamente limitato. Attualmente il trattamento farmacologico di prima linea è rappresentato dal lattulosio (o in alternativa dal lattitolo) che agisce sia sulla flora batterica intestinale sia sul metabolismo dell'ammoniaca. Un trattamento più innovativo è la rifaximina. Il National institute for health and care excellence (Nice) ha dato i via



libera alla rifaximina- $\alpha$  550 mg che, dopo essere stata commercializzata a partire dal 2010 negli Stati Uniti e approvata in Europa nel 2012, è stata resa disponibile anche in Inghilterra e Galles, mentre il suo arrivo in Italia è atteso per i prossimi mesi.



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

## ■ PSICHIATRIA

### Scala di valutazione sugli stati misti bipolari

**L**e difficoltà che sovente si incontrano nel porre una corretta diagnosi dei disturbi dell'umore, soprattutto quando hanno caratteristiche "miste", ovvero si manifestano con una componente depressiva che si alterna a una disforica, possono determinare una prescrizione di antidepressivi, da sola o in associazione a benzodiazepine, mentre si tralascia di trattare anche la componente disforica.

Una corretta terapia, soprattutto nella fase di mantenimento, oltre che essere valutata e decisa "su misura" per ogni paziente, deve invece includere anche uno o più stabilizzanti dell'umore somministrati in associazione ad antidepressivi a basse dosi. Per questa ragione poter disporre di un nuovo strumento di valutazione degli stati misti di disturbo bipolare è fondamentale sia per una più precisa diagnosi e, conseguentemente, per una impostazione terapeutica ottimale.

#### ► La scala di valutazione

Uno strumento di questo genere è stato recentemente presentato alla comunità scientifica dal Dottor

**Giuseppe Tavormina**, Presidente del Centro Studi Psichiatrici.

Si tratta della "Scala di valutazione sugli stati misti" (*Tavormina G. *Psichiatria Danubina* 2014; 26, supp 1, 6-9*), costituita da un questionario per auto-somministrazione che comprende 11 quesiti principali che indagano con quale frequenza si sono verificati, nei tre mesi precedenti, episodi di euforia alternata ad apatia, di umore depresso associato a irritabilità o tensione interna, abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, disturbi della condotta alimentare, senso di disperazione e pensieri di suicidio, anedonia e apatia costante, deliri e/o allucinazioni, ipo-/iperattività sessuale, insonnia/ipersonnia, ridotta capacità di concentrazione e iperattività dei pensieri, disturbi gastrointestinali.

Completa il questionario una seconda parte in cui si chiede al paziente di definire il suo carattere all'età di 18-20 anni, scegliendo fra tre proposte:

- persona di carattere iperattivo, molto brillante e dinamica;
- persona tendenzialmente tesa e irritabile;
- persona tendenzialmente taciturna,

solitaria, malinconica e/o con problemi di ansia.

#### ► Mancata diagnosi

L'uso della scala potrebbe consentire una migliore gestione di questi pazienti. Si rivela di grande utilità anche per il medico di medicina generale che, nel sospetto di trovarsi di fronte a un paziente con disturbo misto può, in seguito della somministrazione del questionario, avviarlo anche a un consulto specialistico.

Non vanno infatti sottovalutate le possibili conseguenze della mancata diagnosi che si possono tradurre in un più elevato tasso di suicidi, in una riduzione dell'aspettativa e della qualità di vita (personale, familiare e lavorativa) in un aumento delle giornate lavorative perse, in un aumentato ricorso alle risorse sanitarie (incluse quelle per patologie intercorrenti), in un progressivo peggioramento dei disturbi dell'umore e del quadro clinico complessivo nel corso del tempo.

La scala di valutazione è disponibile online su [www.passonieditore.it](http://www.passonieditore.it)



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

## ■ REUMATOLOGIA

### Terapia dell'osteoporosi: un paradosso italiano

I dati dell'Aifa sul consumo delle terapie per l'osteoporosi rivelano che solo il 24% delle donne fratturate o ad alto rischio segue una terapia. Ma se loro l'abbandonano i medici non la prescrivono.

“È un paradosso tutto italiano, perché il nostro Paese è all'avanguardia dal punto di vista della legislazione - afferma il Professor **Davide Gatti** (Reumatologia, Università di Verona). La Nota 79 regola in modo molto chiaro quali sono le pazienti che devono - attenzione devono e non possono - essere trattate. Quali sono i soggetti ad alto rischio: devono essere trattati coloro che hanno già subito una frattura da fragilità ossea delle vertebre o del femore, chi segue una cura con cortisonici, le donne in menopausa con una densitometria molto bassa e fattori di rischio elevati.

È quindi incomprensibile il perché a tutti questi soggetti non sempre venga prescritta la terapia. A questo si aggiunge errore a errore quando la donna abbandona la cura. Una paziente che ha avuto la fortuna di avere ricevuto tempestivamente la diagnosi di osteoporosi e ha avuto la fortuna di aver in-

contrato un medico che ha capito l'importanza della terapia non può e non deve abbandonare. Perché la terapia funziona solo se presa correttamente.

Calcio e vitamina D sono fondamentali per la costruzione prima e la salvaguardia poi della massa ossea. Fondamentali per evitare che l'organismo attinga dalle ossa la quantità di calcio necessario a svariate attività metaboliche. Ma nel caso in cui il danno si è verificato e l'osteoporosi è insorta l'unica strada per intervenire è quella farmacologica, è l'unica chance che hanno per non andare incontro a fratture, per tenere sotto controllo il rischio di ri-frattura se già fratturate, e per non relegarsi a una condizione di vita seriamente compromessa”.

#### ► Riflessioni sui costi

In Italia l'osteoporosi colpisce circa 5 milioni di persone e di queste l'80% sono donne in post-menopausa; su 100 persone con frattura di femore il 20% muore entro il primo anno e il 30% perde la propria autonomia.

Nel nostro Paese si verificano circa 85.000/anno fratture di femore

per un costo diretto di 1 miliardo di euro; per l'osteoporosi il Servizio sanitario nazionale spende il 2.6% del totale della spesa farmaceutica (a fronte del 32% per le malattie CV); per trattare tutti i fratturati di femore con età >65 anni sarebbe necessaria una spesa farmaceutica di 18 milioni di euro all'anno. Tale cifra è pari ad appena lo 0.18% della spesa farmaceutica nazionale e consentirebbe di trattare efficacemente una popolazione a elevato rischio di ri-frattura (sia al femore che in altra sede).

In base ai dati di efficacia delle terapie, il risparmio stimato in termini di costi di ospedalizzazione, interventi e riabilitazione sarebbe pari a 43 milioni di euro per anno, al netto del costo dei farmaci.

Per dare solo qualche altro dato di quanto si potrebbe risparmiare in termini di spesa farmaceutica, la riduzione dell'1% dei trattamenti “occasionalmente” (ritenuti inutili in quanto il trattamento per essere efficace deve essere continuativo per diversi anni) porterebbe a un risparmio di 778.817 euro/anno mentre la loro totale eliminazione condurrebbe a un risparmio di ben 12.461.072 euro/anno.



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

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

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

## Lunedì

• La settimana scorsa è venuta in studio una signora per chiedermi l'impegnativa per una visita psichiatrica per il figlio. Non vedo il ragazzo da mesi, si tratta di un paziente particolare, sfuggente, non limpido e chiaramente non sincero. La visita psichiatrica è stata consigliata dalla psicologa che sta seguendo il giovane per motivi a me sconosciuti. Ho scritto due righe alla psicologa chiedendole di darmi informazioni sul perché sarebbe necessaria una visita psichiatrica e in ogni caso per darmi delucidazioni sulla situazione. Oggi mi ha telefonato e mi ha esposto la situazione.

Il ragazzo si droga (l'avevo sempre saputo) e ha fatto parte di una banda che compiva rapine per procurarsi il denaro per fare la bella vita. Continua a rubare, ma "solo oggetti di poco valore", assume eroina "solo saltuariamente" e "ha un fondo di depressione". I genitori non conoscono alcunché di questa storia né tantomeno conoscono la storia le forze dell'ordine perché "gli è sempre andata bene" e non sono mai arrivate a lui. Ho chiesto alla dottoressa di mandarmelo in ambulatorio vorrei rendermi conto della "depressione" prima di inviarlo da uno psichiatra.

• Abbiamo iniziato a usare la "ricetta dematerializzata", dobbiamo stampare alcune ricette su carta bianca (rigorosamente formato A5) e altre sui ricettari regionali rossi. L'ambulatorio si è trasformato in una copisteria con due stampanti per postazione e un programma di gestione informatico ad hoc. Sempre più lontani dalla medicina generale europea!

## Martedì

• Ventitré anni, mi telefona perché ha delle coliche addominali, la invito a venire in ambulatorio per essere visitata. Quando viene mi dice, per la prima volta e con un'espressione preoccupata, che ha paura che sia per la recente interruzione volontaria di gravidanza. È la terza interruzione da poco più di un anno. La guardo meravigliato, non ne sapevo niente, ma lei, come se fosse assolutamente naturale, si rasserena e mi saluta ringraziandomi quando le dico che si tratta di una banale virosi intestinale.

• Un paziente di origini nigeriane che assiste da molto tempo è venuto in ambulatorio per una cisti suppurata del cuoio capelluto. Dopo l'incisione della cisti e la medicazione mi ha detto "Sei bravo e buono, per me sei come un padre, ho fatto bene a venire da te per questo intervento, avrei potuto anche andare al Pronto soccorso senza disturbarti ma qui tutto è più familiare".

Lui non lo sa, ma ha definito il *core* della mia disciplina: l'approccio bio-psico-sociale; quel termine "familiare" è quanto di più corretto e prezioso potesse dire.

## Mercoledì

• Quante lacrime sui volti dei nostri pazienti, quante sofferenze, quanta disperazione alla comunicazione di una diagnosi a prognosi severa. Quante lacrime hanno bagnato la mia mano, quanti sguardi disperati di perso-

ne che conosco da decenni hanno trapassato i miei occhi, quante ferite nella mia anima impotente.

Solo per questo la nostra professione dovrebbe essere rispettata, solo questo sarebbe sufficiente per esigere del rispetto dai burocrati, spesso ignoranti e arroganti, che pretendono di governare il nostro rapporto con le persone che soffrono con gli indicatori di spesa.

- Un mio paziente di ottantatré anni affetto da tumori primitivi del fegato, trattati finora con alcolizzazioni ecoguidate e non più trattabile per un peggioramento dell'insufficienza renale, mi ha chiesto cosa significassero le parole scritte dal chirurgo nel suo ultimo referto: "Attivare assistenza integrata domiciliare". Me l'ha chiesto, ma sa benissimo cosa significano.

### Giovedì

Alle 20.30 dovevo partecipare a un dibattito sui caratteri umani e il rapporto con il medico. Avevo pensato di usare le maschere della Commedia dell'Arte come esempi e mi ero preparato da mesi. Erano le 19.00 e ancora la sala d'attesa dell'ambulatorio era piena di gente, cominciavo a preoccuparmi e mi saliva uno stato d'ansia che si incrementava con il passare del tempo.

Tra un paziente e l'altro davo uno sguardo alla sala d'attesa, la gente aumentava e il mio paziente G.C., che come sua abitudine entra un minuto prima dell'orario di chiusura, mi guardava con uno sguardo di sfida e un accenno di sadico sorriso. Sono rientrato in studio e, senza esitare, sono scappato dalla finestra.

Arrivato nella sede del dibattito, un loft con il pavimento di legno e una vetrata che dava sulla strada, mi sono ritrovato circondato da persone interessanti, di varia estrazione culturale e con interessi diversi, tutte dedicate allo studio del carattere degli umani. Stavamo insieme con un bicchiere di vino bianco in mano, ma mentre parlavo mi assaliva un senso di angoscia, dovevo tornare in ambu-

latorio. Così a un certo punto sono fuggito, senza scusarmi. Sono anche inciampato in un catino d'acqua che era sul pavimento e mentre scendevo di corsa le scale l'acqua scorreva sui gradini di legno inseguendomi. L'angoscia era tale che mi sono svegliato maddido di sudore.

### Venerdì

Sono stato pesantemente, molto pesantemente e volgarmente, insultato da una signora quarantenne a cui mi sono rifiutato di prescrivere una visita specialistica endocrinologica (voleva essere vista da un medico!) che presentava una ecografia della tiroide assolutamente normale.

Ancora una dimostrazione di quanta scarsa considerazione godano ormai i medici di medicina generale (medici sempre più di base!!) e di quanti falsi diritti si arroghino ormai gli italiani.

### Sabato

- Campagna educativa dell'Agenzia Italiana del Farmaco che compare a tutta pagina nei più diffusi settimanali femminili: "Bambini e adolescenti non sono adulti in miniatura, non dare loro i tuoi farmaci, rivolgiti sempre al pediatra". Naturalmente il medico di famiglia non può dare spiegazioni a proposito, è competenza esclusiva del pediatra.

Chissà se negli altri Paesi europei le Agenzie del Farmaco farebbero mai affermazioni del genere?!

- Ragazzina di diciassette anni, ha già abortito l'anno scorso, è di nuovo incinta e viene accompagnata dalla madre per chiedere una nuova interruzione di gravidanza. Rimango stupito, avevo già spiegato tutto sulla contraccezione alla ragazza (che mi guarda con sguardo assente e quasi seccata) mentre la madre mi dice che purtroppo non è colpa della figlia se ha dovuto sospendere la pillola, perché le provocava mal di testa.

# Serve un nuovo medico generalista “a misura di anziano”

Di fronte al dato oggettivo di una popolazione che invecchia la sfida per il futuro è quella di creare una nuova figura di medico che sia “a cavallo” tra il farmacologo e il geriatra e che sia in grado di implementare l’approccio multidimensionale

**Pier Mannuccio Mannucci**

*Direttore Scientifico Fondazione IRCCS, CA’ Granda – Ospedale Maggiore, Policlinico di Milano*

La notizia buona è che l’Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo: i nostri anziani sono battuti solo dai giapponesi, popolo di ultracentenari. La notizia cattiva, però, è che questa longevità ha un prezzo: perché con l’età aumenta anche il numero delle malattie, che spesso si accumulano l’una sull’altra e che vengono curate ciascuna con almeno un farmaco differente. Il problema è che questi farmaci non sempre sono compatibili tra loro: non solo a causa degli effetti collaterali, ma anche delle interazioni tra una molecola e l’altra che potrebbero, nel migliore dei casi, non curare adeguatamente il paziente. E nel peggiore, provocare nuove complicanze e patologie.

## ► Cure inappropriate

La causa principale di queste sovrapposizioni è il fatto che ciascuna terapia è prescritta da un diverso specialista: ognuno cura la malattia di propria competenza, spesso senza valutare il paziente nel suo complesso e senza tenere in debita considerazione le altre malattie di

cui soffre. Il risultato è che i pazienti sono esposti a cure potenzialmente inappropriate (*Potentially inappropriate medications*, o PIM): a confermarlo sono i dati del REPOSI, il registro delle multimorbidità e politerapie promosso in collaborazione tra Società Italiana di Medicina Interna, Fondazione Ca’ Granda Policlinico di Milano, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri. I numeri parlano chiaro: nel 2003 i pazienti che ricevevano almeno una terapia potenzialmente inappropriata erano il 20.1%, e sono saliti al 23.5% nel 2012 (classificati secondo i *Beers criteria*). In media ciascun paziente over 65 assume 5-6 farmaci diversi a causa delle tante malattie contemporanee di cui soffre.

## ► Interazioni pericolose

Un’attenzione particolare merita poi la questione delle interazioni pericolose tra i diversi farmaci somministrati, una sorta di “problema nel problema”. La sovrapposizione di più medicinali aumenta il rischio di effetti avversi, particolarmente frequenti negli anziani anche a causa

del modo in cui questi farmaci vengono assorbiti, si distribuiscono nell’organismo e vengono eliminati (farmacocinetica), così come in relazione ai loro effetti e ai meccanismi con cui funzionano (farmacodinamica). Le interazioni tra farmaci sono, a loro volta, importanti cause di morbidità e di mortalità, e sono associate con un importante aumento dei costi per il Ssn.

## ► Una popolazione che invecchia

Il problema dell’uso di farmaci multipli, già di per sé grave, è inoltre destinato a peggiorare. Gli anziani rappresentano la frazione di popolazione che a livello globale (e quindi anche in Italia) ha subito il maggior tasso di crescita negli ultimi decenni: se agli inizi del ‘900 un individuo su 20 aveva 65 anni, oggi siamo arrivati a uno su sei e nel 2050 arriveremo forse a uno su tre. Il cambiamento sarà ancora maggiore per chi avrà 80 o più anni: nel 2050 saranno il 20% di tutta la popolazione nei Paesi ad alto reddito. Questo clamoroso incremento dell’aspettativa di vita è il risultato di diversi fattori: il progresso della medicina,

il miglioramento degli stili di vita, la disponibilità di farmaci innovativi ed efficaci e l'implementazione dello stato sociale.

Di fronte a questa formidabile transizione epidemiologica, il tradizionale approccio del medico e dei sistemi sanitari, orientati principalmente alla cura delle singole malattie, non è più sostenibile. Le stesse linee guida su cui si fonda la Medicina Basata sull'Evidenza, orientate come sono alle singole malattie, non sono trasferibili e applicabili alla cura di questi malati complessi e con più patologie. È quindi necessario modificare sostanzialmente il paradigma della loro attuale presa in carico e cura, che mette al centro la malattia, per spostarlo sul singolo anziano malato e sulla valutazione e gestione globale e multidisciplinare dei suoi problemi nel contesto socio-culturale in cui vive.

### ► Carenze nella formazione

Va aggiunto che la formazione del medico, attualmente, non tiene in debita considerazione l'insegnamento degli strumenti tipici del geriatra, che permettono ad esempio di valutare la perdita nel paziente di alcune abilità funzionali o cognitive, "spia" di malattie che ancora non si sono manifestate. Senza questi strumenti, e con un approccio basato esclusivamente sull'esame clinico, il medico potrebbe trascurare informazioni importanti per inquadrare correttamente lo stato di salute generale del paziente, così come gli eventuali problemi sociali di cui potrebbe soffrire. E non identificare correttamente tutti questi aspetti pregiudica l'opportunità che l'anziano abbia un intervento adeguato e specifico per le sue condizioni di salute. Per questo

gli internisti dovrebbero essere in grado di riconoscere e identificare sindromi cognitive, funzionali o altre patologie geriatriche, e quando necessario dovrebbero agire in simbiosi con Mmg, geriatri, fisiatristi, psicologi e personale infermieristico per una valutazione multidimensionale che sia la più completa possibile.

### ► La proposta del REPOSI

Il REPOSI ha, dal 2008, condotto uno studio in 80 reparti di Medicina interna e Geriatria di tutta Italia, raccogliendo informazioni relative a oltre 5.000 pazienti nell'arco di tre anni: sulla base dei risultati è stato possibile elaborare alcune proposte metodologiche per il medico internista che deve affrontare la gestione di patologie complesse, spesso croniche, di una popolazione sempre più anziana. Proposte che vogliono anche superare le attuali linee guida, quasi sempre derivate da studi clinici condotti su pazienti più giovani e con un'unica patologia.

La vera sfida per il futuro, come questi studi confermano con sempre più forza, è quindi quella di creare una nuova figura di medico internista che sia a cavallo tra il farmacologo e il geriatra.

I punti imprescindibili di questa nuova figura dovranno essere tre:

- c'è bisogno di una razionalizzazione della cosiddetta politerapia, per ottimizzare l'appropriatezza dei farmaci che vengono somministrati al paziente anziano;
- bisogna risolvere i problemi legati all'interazione tra farmaci diversi, che nell'età avanzata sono ancora più accentuati;
- bisogna analizzare i pazienti da diversi punti di vista contempora-

neamente, con quello che è chiamato dai geriatri "approccio multi-dimensionale".

Il medico non può più ignorare o sottovalutare questi problemi, che hanno una ricaduta diretta sia sui risultati della cura sia sulla qualità di vita dei pazienti. Il "nuovo" internista dovrà poi far propri alcuni strumenti tipici della geriatria che valutano l'influenza della ridotta autonomia del paziente anziano: è dimostrato infatti che vi è una stretta correlazione tra il deficit delle funzioni cognitive, acuito dal ricovero, e un aumentato rischio di mortalità e ri-ospedalizzazione.

Bisogna quindi intervenire su un'organizzazione clinica che finora è stata fondata sulla EBM, e che "funziona" su pazienti completamente diversi dall'anziano, che sarà il paziente tipico del Terzo Millennio. Gli internisti e i geriatri devono capire che è necessario acquisire nozioni ed esperienze di farmacologia clinica che permettano loro almeno di evitare le più frequenti interazioni tra i molti farmaci che usano, e quindi gli effetti avversi dei farmaci stessi così frequenti e pericolosi nell'anziano. L'internista e il geriatra devono inoltre rendersi conto che ormai le casistiche ospedaliere che affrontano sono identiche, e che quindi devono interagire e collaborare per implementare l'approccio multidimensionale all'anziano, che è stato finora patrimonio professionale del geriatra ma non dell'internista.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Pier M. Mannucci

# Malattie infiammatorie sistemiche e rischio cardiovascolare

*In pratica clinica è necessario considerare il paziente con malattie reumatiche autoimmuni a maggior rischio cardiovascolare esattamente come un diabetico o un dislipidemico. Bisognerebbe agire di conseguenza, cercando di individuare e correggere i fattori di rischio CV, mettendo in opera, ove necessario, provvedimenti di tipo diagnostico, al fine di individuare precocemente il danno d'organo*

## **Antonio Ferrero**

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

## **Tecla Marchese**

Geriatría e Malattia metaboliche  
Clinical Investigator  
Diabetologia AL T05

**L**e malattie reumatiche autoimmuni (MRA) sono un gruppo eterogeneo di patologie infiammatorie comprendenti l'artrite reumatoide (AR), l'artrite psoriasica, le spondiliti, il lupus eritematoso sistemico, la sclerodermia, la sindrome di Sjögren e molte altre. L'ipotesi patogenetica più accreditata prevede una predisposizione genetica del sistema immunitario che interagendo con fattori ambientali, può innescare una reazione infiammatoria cronica diretta verso strutture biologiche dello stesso organismo, mediata da fenomeni autoimmunitari con formazione di autoanticorpi e immunocomplessi, i quali a loro volta determinano liberazione di citochine da parte delle cellule del sistema immunitario. Tra queste, le interleuchine (IL-1, IL-36), il gruppo dei TNF tra cui il TNF $\alpha$ . Queste proteine si legano a recettori specifici localizzati sulle membrane cellulari delle cellule bersaglio amplificando e perpetuando la risposta infiammatoria.

### ► **Artrite reumatoide**

Tra le MRA l'artrite reumatoide è quella con prevalenza maggiore; è una malattia infiammatoria cronica e sistemica che interessa le articolazioni, in particolare le piccole articolazioni delle mani, i cingoli, ma che può presentarsi in modo sfumato e subdolo con coinvolgimento muscolare (miosite), delle sierose, fino a un coinvolgimento sistemico con febbre, astenia, manifestazioni cuta-

nee e a carico di alcune ghiandole endocrine, linfadenopatia, vasculiti e con interessamento oculare.

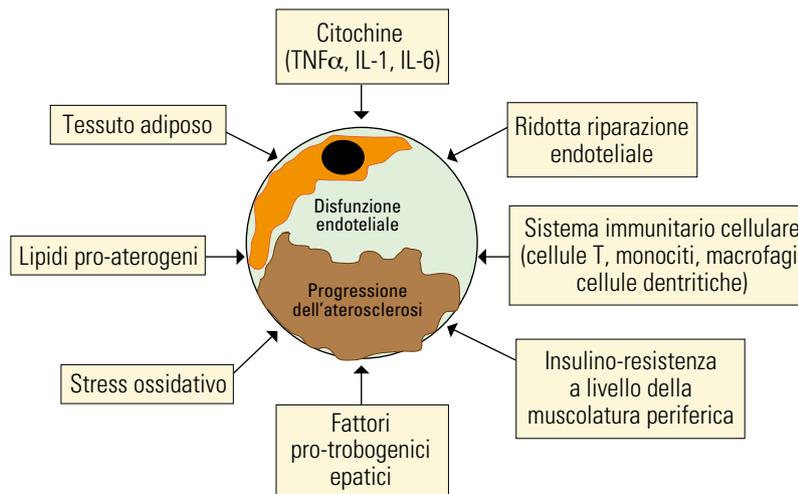
L'AR colpisce il sesso femminile con un rapporto pari a circa 3:1 rispetto ai maschi e il profilo prognostico della malattia è determinato, fra l'altro, dalla possibilità di associare al quadro clinico, già spesso multisistemico e insidioso, il coinvolgimento dell'apparato cardiovascolare con incremento dell'incidenza di eventi. D'altra parte è noto che il "fenomeno aterosclerotico" può anche essere considerato come una risposta di tipo immunitario-infiammatorio dell'intima a una forma di danno tissutale; il quadro flogistico accelera la formazione e la complicazione della placca aterosclerotica con una serie di meccanismi di tipo autoimmunitario e cellulare.

In questo caso è stata documentata, a livello dell'endotelio e dell'intima arteriolare: attivazione monocitaria e di linfociti CD4-CD28, la già descritta produzione di citochine e prostaglandine, attivazione di molecole di adesione monocitaria e macrofagica, produzione di amiloide, tutti induttori di disfunzione endoteliale con incremento della permeabilità e facilitazione al transito di macromolecole aterogene (LDL ox) (figura 1).

L'endotelio, soggetto all'aggressione infiammatoria cronica, modifica alcune sue caratteristiche regolatorie e protettive producendo proteine di superficie come l'interleuchina-1 (IL-1), molecole di adesione (chemochine), fattori di crescita cellulare, l'ini-

Figura 1

**Flogosi e placca aterosclerotica: meccanismi autoimmunitari e cellulari**



Da Bencivenga C. Patient and cardiovascular risk 2012; 22-27

bitore dell'attivatore del plasminogeno (PAI-1) e il fattore di Von Willebrand, in grado di favorire la genesi e lo sviluppo della placca aterosclerotica.

Le cellule endoteliali sembrano inoltre, alla luce di alcuni dati emersi in letteratura, meno protette dai meccanismi di rigenerazione messi normalmente in opera dalle cellule endoteliali progenitrici (EPC). Alcuni studi dimostrano infatti che la funzione endoteliale valutabile con metodiche ultrasonografiche e/o angiografiche, risulta alterata a causa dello squilibrio nella produzione di monossido d'azoto (vasodilatatore) e endotelina (vasocostrittore), provocato dal quadro di attivazione infiammatoria cronica. L'attivazione cronica e la perdita di regolazione del sistema immunitario, tipica di questa malattia, determina quindi uno stato infiammatorio permanente che agisce come fattore amplificante sulla condizione infiammatoria a bassa intensità tipica dell'aterosclerosi.

A questi meccanismi se ne possono aggiungere altri di tipo infettivo che, congiuntamente alla presenza e all'azione dei classici fattori di rischio cardiovascolare e ai potenziali effetti aterogeni di alcuni farmaci antinfiammatori, possono dare conto della maggiore morbilità e mortalità cardiovascolare (CV) nei pazienti con malattie infiammatorie sistemiche. Per tali ragioni si ritiene che il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari sia circa tre volte maggiore nei soggetti affetti da malattie infiammatorie sistemiche rispetto a quelli esenti da tali patologie con una diminuzione della durata della vita di 10-15 anni rispetto alla popolazione generale. Circa il 50% della mortalità nei pazienti con AR è riferibile a cause cardiovascolari, soprattutto a infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca e vasculopatia periferica.

Un'ulteriore spiegazione di questa associazione patologica è stata individuata oltre che nell'accelerata ate-

rosclerosi, nella maggiore vulnerabilità delle placche aterosclerotiche, causata in particolare da sovraespressione di TNF e l'interferone  $\gamma$ .

► **Lupus eritematoso sistemico**

Anche il lupus eritematoso sistemico (LES) che colpisce prevalentemente giovani donne è caratterizzato, come l'AR, da una condizione di infiammazione cronica e coinvolgimento di numerosi organi.

L'apparato cardiovascolare può essere coinvolto con pericardite, miocardite, disturbi della conduzione, forme particolarmente aggressive di valvulopatia e naturalmente coronaropatia, con un rischio 3 volte maggiore di sviluppare infarto miocardico in età giovanile rispetto alla popolazione generale. Anche in questo caso sembra essere il danno infiammatorio, più dei comuni fattori di rischio CV, a favorire il processo aterosclerotico; infatti l'alterazione dei marcatori di infiammazione quali APL, fibrinogeno, bassi livelli di albumina plasmatica, aumentati livelli di proteina C reattiva (PCR), interleuchina (IL)-1, IL-6, IL-2, IL-18, di proteina chemiotattica dei monociti, di INF- $\gamma$  e TNF- $\alpha$  sono stati associati con lo sviluppo di aterosclerosi precoce.

Nei pazienti con LES è poi descritta una forma di vasculite coronarica con danno mio-intimale, deposito di immunocomplessi e attivazione di anticorpi anti-fosfolipidi che conducono a formazione precoce di placche aterosclerotiche.

► **Psoriasi e artrite psoriasica**

Anche la psoriasi e l'artrite psoriasica sono state associate a maggior prevalenza di fattori di rischio CV - ipertensione arteriosa, diabete mellito,

obesità, fumo e dislipidemia - e a un maggior rischio di malattie vascolari venose e arteriose - infarto miocardico, ictus, TVP/TEP - che risultano essere circa 2 volte maggiori in questi pazienti. La fisiopatologia della malattia coronarica nei pazienti affetti da psoriasi risulta essere correlata alla disfunzione dei linfociti T-helper, che favorisce lo sviluppo, già descritto, di infiammazione sistemica con un aumento della produzione di citochine pro-infiammatorie.

### ► Ulteriori aspetti

Un ulteriore aspetto è quello esercitato dallo stato infiammatorio sistemico a livello metabolico induttore di alterazioni pro-aterogene quali insulino-resistenza e iperinsulinemia, interferenza con la captazione del glucosio a livello periferico, alterazioni del metabolismo epatico dei lipidi e effetti protrombotici.

Infine nei pazienti con LES e AR è stato evidenziato uno stato di iperomocisteinemia con relativo rischio di

cardiopatía ischemica, ictus cerebrale e aterosclerosi carotidea. A questo proposito è bene ricordare che il metotrexate comunemente impiegato nel trattamento dei pazienti con AR può ridurre i livelli plasmatici di folati, con conseguente aumento dei livelli di omocisteina per la riduzione dell'attività della metilen-tetraidrofolato reductasi. Questo ci porta all'ultima questione relativa all'associazione fra malattie reumatiche autoimmuni e malattie cardiovascolari, quella degli effetti proaterogeni dei farmaci impiegati per il trattamento. I corticosteroidi sono infatti associati a ipertensione arteriosa, alterazione del profilo lipidico e glicidico e aumento ponderale.

Gli immunosoppressori (ciclofosfamide e azatioprina) riducono la tolleranza glicidica, il colesterolo LDL e hanno effetti pro-coagulanti.

Interferenze sulla coagulazione sono anche segnalate per metotrexate, idrossiclorochina, oltre che per i farmaci antinfiammatori non steroidei, dotati anche di azione ipertensivan-

te. Una recentissima metanalisi condotta su 34 studi ha dimostrato come nei pazienti con AR il trattamento con gli inibitori del TNF e il metotrexate si associ a una diminuzione del rischio di tutti gli eventi CV, mentre la terapia con corticosteroidi e FANS mostrò una correlazione inversa.

L'associazione tra malattie reumatiche autoimmuni e MCV è ampiamente documentata, tanto da essere inserita nelle più recenti linee guida sulla prevenzione cardiovascolare.

È necessario che ogni medico abbia ben presente questa condizione, consideri il paziente con MRA a maggior rischio CV (esattamente come dovrebbe fare con un diabetico o un dislipidemico) e agisca di conseguenza, cercando di individuare e correggere tutti gli altri fattori di rischio cardiovascolari e mettendo in opera, ove necessario, provvedimenti di tipo diagnostico, al fine di individuare precocemente il danno d'organo.

### Bibliografia

- Asanuma Y et al. Premature coronary-artery atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 2003; 349: 2407-15.
- Bartoloni E et al. Cardiovascular disease risk burden in primary Sjögren's syndrome: results of a population-based multicentre cohort study. *J Intern Med* 2015; doi: 10.1111/joim.12346 (epub ahead of print).
- Ben-Zvi I et al. The impact of inflammatory rheumatic diseases on the presentation, severity, and outcome of acute coronary syndrome. *Clin Rheumatol* 2014; doi: 10.1111/joim.12346 (epub ahead of print).
- Ferri C et al. Systemic Sclerosis Study Group of the Italian Society of Rheumatology (SIR-GSSSc). Systemic sclerosis. Demographic, clinical, and serologic features and survival in 1012 Italian patients. *Medicine* 2002; 81: 139-153.
- Garcia-Gómez C et al. Inflammation, lipid metabolism and cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: A qualitative relationship? *World J Orthop* 2014; 5: 304-11.
- Gonzalez-Gay MA et al. Rheumatoid arthritis: a disease associated with accelerated atherogenesis. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 35: 8-17.
- Gonzalez-Gay MA et al. Rheumatoid arthritis: a disease associated with accelerated atherogenesis. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 35: 8-17.
- Ledford DK. Immunologic aspects of vasculitis and cardiovascular disease. *JAMA* 1997; 278: 1962-71.
- Maradit-Kremers H et al. Increased unrecognized coronary heart disease and sudden deaths in rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 402-411.
- Moder KG et al. Cardiac involvement in systemic lupus erythematosus. *Mayo Clin Proc* 1999; 74: 275-84.
- Ogdie A et al. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 326-32.
- Perk J et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-701.
- Popa C et al. The role of TNF-alpha in chronic inflammatory conditions, intermediary metabolism, and cardiovascular risk. *J Lipid Res* 2007; 48: 751-62.
- Roman MJ et al. Prevalence and correlates of accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 2003; 349: 2399-2406.
- Schattner A, Liang MH. The effects of tumour necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* doi:10.1136/annrheumdis-2014-206624
- Ruiz-Irastorza G et al. Systemic lupus erythematosus. *Lancet* 2001; 357: 1027-32.
- Sattar N et al. Explaining how "high-grade" systemic inflammation accelerates vascular risk in rheumatoid arthritis. *Circulation* 2003; 108: 2957-63.
- Schattner A, Liang MH. The cardiovascular burden of lupus: a complex challenge. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1507-10.
- Solomon DH et al. Cardiovascular morbidity and mortality in women diagnosed with rheumatoid arthritis. *Circulation* 2003; 107: 1303-7.
- Van Doornum S et al. Accelerated atherosclerosis: an extraarticular feature of rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 2002; 45: 862-73.

# Sindrome post-polio, un rischio da valutare

Nonostante la poliomielite sia stata debellata da tempo, vi è ancora un numero elevato di “polio-survivors” ultracinquantenni, che tuttora ne patiscono gli esiti

**Mauro Marin**

*Direttore Distretto Sanitario Urbano, Azienda per i Servizi Sanitari Friuli Occidentale, Pordenone*

La poliomielite è una malattia virale eradicata nei Paesi occidentali negli anni Cinquanta grazie alle vaccinazioni obbligatorie di Salk e Sabin. Secondo i dati ISTAT riportanti notifiche di malattia e decessi dal 1887 circa 100.000 soggetti hanno contratto la poliomielite acuta in Italia.

Dal 1956 sono stati notificati 35.130 casi di poliomielite acuta, con 4.818 morti e i 30.312 sopravvissuti sono ora ultracinquantenni, potenziali richiedenti di assistenza e riabilitazione per i postumi tardivi.

Un'indagine del Centro Studi Fimmg condotta in collaborazione con l'associazione dei poliomielitici ANIEP ha stimato che in Italia vi siano circa 70.000 persone sopravvissute alla poliomielite infantile, notificata e esposte al rischio di sviluppare in età adulta la sindrome post-polio.

Infatti nel 41% dei pazienti affetti da poliomielite acuta in età infantile dopo un'intervallo temporale variabile di 15-40 anni di stabilità clinica può insorgere un nuovo aggravamento dei sintomi neuromuscolari denominato “sindrome post-polio” (PPS).

Questi dati evidenziano l'importanza di un adeguato monitoraggio da

parte dei medici verso i pazienti con anamnesi di poliomielite in età infantile.

## ▶ Aspetti diagnostici

La sindrome post-polio si manifesta principalmente con la comparsa di dolore, ipostenia e ipotrofia muscolare di nuova insorgenza, crampi o fascicolazioni muscolari, intolleranza al freddo, compressioni radicolari secondarie. I criteri per la diagnosi di sindrome post-polio sono stati definiti dalle linee guida 2011 dell'European Federation of Neurological Societies e comprendono:

- anamnesi positiva per poliomielite acuta infantile con paresi;
- intervallo temporale superiore a 15 anni di stabilizzazione funzionale neurologica degli eventuali postumi;
- successiva comparsa di dolore muscolare o articolare, ipostenia, ridotta resistenza allo sforzo muscolare, atrofia muscolare di nuova insorgenza;
- nuovi sintomi perduranti da almeno un anno;
- esclusione di altre cause neurologiche, internistiche, reumatologiche, ortopediche dei nuovi sintomi.

La lesione neurologica del secondo motoneurone spinale è rilevabile mediante elettromiografia, le atrofie muscolari obiettivate sono documentabili con TC o RMN. In caso di dispnea da sforzo è utile verificare la funzione respiratoria con la spirometria, in caso di sonnolenza diurna e disturbi del sonno è utile verificare la presenza di apnee notturne mediante saturimetria notturna e polisomnografia, in caso di disfonia o disfagia bulbare il paziente va indirizzato a visita otorinolaringoiatrica, foniatrica, logopedica e nutrizionale.

Per la valutazione e cura delle disabilità motorie il paziente va inviato a visita fisiatrica al fine di programmare un piano riabilitativo individuale e verificare la necessità di ausili (bastoni, stampelle, carrozzine) od ortesi (ginocchiere, calzature ortopediche).

I pazienti con sindrome post-polio possono essere esentati dal pagamento del ticket sanitario con il riconoscimento dell'invalidità civile. Il codice di patologia da riportare nel certificato medico introduttivo alla domanda di invalidità è 138.

# Uso e abuso delle benzodiazepine in pratica clinica

*Occorre riflettere sull'appropriatezza delle prescrizioni delle benzodiazepine in pratica clinica, consapevoli che un uso non monitorato non può essere considerato in linea con le evidenze scientifiche.*

*Inoltre, considerato il loro ambito di utilizzo è consigliabile una valutazione psicologica del paziente per attivare e potenziare le difese psichiche*

**Ferdinando Pellegrino**  
Psichiatra  
Salerno

Una recente analisi retrospettiva condotta dalla Columbia University ha messo in evidenza un frequente uso inappropriato delle benzodiazepine (BDZ) riproponendo l'importanza della appropriatezza prescrittiva di tali molecole (*JAMA Psychiatry* 2015; 72: 136-42).

L'inappropriatezza prescrittiva riguardante le BDZ può essere rapportata alla somministrazione di dosaggi non terapeutici, alla prescrizione per tempi non adeguati, eccessivamente lunghi, all'utilizzo auto-terapico, all'assenza di monitoraggio, alla frequente associazione di diverse BDZ, alla scarsa valutazione complessiva dei rischi connessi alla loro prescrizione (ad esempio negli anziani o in soggetti adusi a forme di dipendenza).



Le BDZ sono note per la vasta estensione delle aree cliniche di utilizzo; si tratta di farmaci prescritti per il trattamento di malattie o di quadri clinici in quasi tutte le branche mediche e chirurgiche; trovano, infatti, indicazione tra l'altro nel trattamento dell'agitazione psicomotoria, in anestesia generale, nell'astinenza da oppiacei o etilica, negli attacchi di panico, nell'ansia generalizzata, nei disturbi comportamentali degli anziani, nella fibromialgia, nel trattamento dell'insonnia o della sindrome serotoninergica.

## ► Benefici delle BDZ

I benefici legati all'utilizzo delle BDZ sono evidenti poiché si tratta di molecole caratterizzate da un alto indice terapeutico; occorre tuttavia riportare il loro utilizzo in margini più ristretti e appropriati, così come richiesto dall'AIFA nel 2011 nelle note riguardanti l'"Armonizzazione delle indicazioni terapeutiche dei medicinali contenenti benzodiazepine", in applicazione al Decreto del Ministero della Salute del 3.6.1999.

Dal punto di vista clinico pur avendo un vasto campo di impiego, il loro utilizzo deve rientrare nell'ambito delle indicazioni previste considerando, che se pur nel complesso le BDZ hanno indicazioni aperte, ovvero applicabili a svariate condizioni cliniche, l'attuale tendenza è quella di utilizzarle per

indicazioni mirate, sempre più specifiche.

In particolare, nell'ambito dei disturbi per i quali la singola molecola trova indicazione nella scheda tecnica viene chiaramente specificato che le "BDZ sono indicate soltanto quando il disturbo è grave, disabilitante e sottopone il soggetto a grave disagio". Ne consegue che ogni prescrizione necessita di una valutazione clinica che deve considerare due livelli, di cui il primo mirato a identificare la centralità e la struttura del disturbo (nucleo psicopatologico) e il secondo centrato a valutare la significatività clinica dei sintomi per poter stabilire la soglia per la diagnosi.

In pratica occorre stabilire quanto la sintomatologia (ad esempio un attacco di panico) compromette il funzionamento globale del soggetto; si tratta in ogni caso di una valutazione clinica attenta innanzitutto alla diagnostica differenziale e all'identificazione di patologie sia fisiche che psichiche in comorbidità. Per i disturbi dello spettro ansioso-depressivo molte patologie fisiche o anche l'uso di farmaci (tabella 1) possono estrinsecarsi con una sintomatologia ansiosa o depressiva che richiede una specifica attenzione.

### ► Scelta appropriata della molecola

Nel formulare il piano terapeutico la scelta della BDZ deve basarsi sulle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche della molecola; poiché tutte le BDZ hanno proprietà ansiolitiche, miorilassanti, ipnotici e anticonvulsivanti, la scelta del farmaco deve richiedere la conoscenza della molecola che si uti-

**Tabella 1**

**Sintomi psichici secondari all'uso di farmaci**

I sintomi psichici possono essere secondari all'uso di sostanze medicamentose. Alcuni esempi:

**Disturbi psichiatrici**

- Il 2% dei pazienti in terapia con Ace-inibitori deve interrompere la cura per gli effetti collaterali neuropsichiatrici
- La teofillina ha effetti neuropsichiatrici dose-dipendenti
- Fino al 5% dei pazienti che assumo corticosteroidi manifestano alterazioni dello stato mentale
- La levotiroxina (T4) ha effetti collaterali dose-dipendenti prevedibili
- Interferone e disturbi depressivi e maniacali
- Pantoprazolo: cefalea, vertigini, sonnolenza, stanchezza e nervosismo. Insonnia

**Insonnia iatrogena**  
Citalopram, cortisone, sertralina, triazolam, risperidone, lamotrigina, ecc.

lizza, in particolare dell'emivita, del dosaggio e delle modalità di somministrazione.

Nel valutare la presenza di controindicazioni o in pazienti a rischio che richiedono adeguamenti posologici o controlli clinici più ravvicinati, occorre considerare che alcune patologie per le quali le BDZ sono controindicate si manifestano spesso con sintomi fisici o psichici che possono mimare un disturbo psichico; ciò richiede particolare attenzione in termini di diagnostica differenziale e di valutazione del quadro clinico.

La miastenia grave può manifestarsi con debolezza muscolare, ansia e sintomi cognitivi minori; l'insufficienza epatica con irritabilità, depressione, delirium, debolezza, stanchezza e anoressia; altre controindicazioni alle BDZ sono la grave insufficienza respiratoria, la sindrome apnea notturna e il glaucoma ad angolo chiuso che solitamente si manifesta con un dolore in regione orbitaria, spesso associato a nausea, che può essere confuso con un attacco di emicrania o con una cefalea orbitaria e colpisce generalmente gli

anziani ipermetropi e di sesso femminile.

Le BDZ non sono indicate in gravidanza; il loro utilizzo nei primi tre mesi di gravidanza è associato al labbro leporino e alla palatoschisi, negli ultimi mesi all'ipotonìa muscolare del neonato, mentre è noto che nel corso dell'allattamento vengono escrete dal latte materno.

In alcune schede tecniche l'utilizzo delle BDZ in gravidanza è controindicato ma allo stesso tempo viene considerato fattibile in particolari circostanze che, tuttavia, devono essere attentamente valutate e monitorate.

Un altro aspetto da considerare è la comorbidità con la depressione; occorre sottolineare che non solo non sono indicate nella depressione, ma è possibile che nel corso del trattamento con BDZ possa essere smascherato uno stato depressivo preesistente. Le BDZ possono tuttavia essere utilizzate in associazione con gli antidepressivi nelle forme depressive con una forte componente ansiosa.

Non vi è alcuna razionalità nell'utilizzare in associazione due o più

BDZ neanche laddove si vogliono utilizzare BDZ o altre molecole specificamente indicate come ipnoinducenti.

Nella maggior parte dei casi la determinazione progressiva della posologia, iniziando con dosaggi bassi, consente un adeguato controllo della sintomatologia; deve però essere chiaro fin dall'inizio che la terapia deve avere un limite temporale ben definito, nel range di due-tre settimane.

A tal fine è fondamentale l'associazione di un programma psicologico volto a definire le migliori strategie di coping, ovvero a valutare gli aspetti personologici che possono aiutare a meglio gestire la sintomatologia; in alcuni casi è indicata una psicoterapia ben strutturata e di sufficiente durata.

Evidentemente esistono però quadri clinici che richiedono trattamenti protratti nel tempo; se per definizione alcuni disturbi sono cronici e invalidanti - come l'ansia generalizzata di entità grave - non ci si deve meravigliare sull'opportunità di optare per trattamenti protratti o cronici anche laddove

vengono utilizzati farmaci come gli antidepressivi.

Anche a tal proposito si dovrebbe riflettere sull'efficacia/tollerabilità degli antidepressivi stessi, nonché delle BDZ, piuttosto che parlare di dipendenza da farmaci.

### ► Monitoraggio nel tempo ed effetti collaterali

Appare quindi evidente l'importanza di monitorare il quadro clinico nel tempo, con controlli periodici, valutando l'efficacia, la sicurezza e la necessità del trattamento; la persistenza di una sintomatologia cronica e invalidante - com'è noto e come risulta evidente nella pratica clinica - non consente la sospensione del trattamento ovvero rende necessari trattamenti a lungo termine; si ravvisa così la necessità di operare studi longitudinali per valutare l'appropriatezza dei trattamenti a lungo termine fino a poter definire delle linee guida in tal senso.

Nella *tabella 2* vengono riportati i principali effetti collaterali delle BDZ.

Per ciò che concerne l'utilizzo a dosi non terapeutiche delle BDZ o a scopo suicidario l'overdose letale è rara, particolarmente tossiche e letali risultano invece le associazioni con alcol, metadone e altre sostanze medicamentose o droghe.

In caso di assunzione a dosi non terapeutiche viene utilizzato il flumazenil, antagonista competitivo dei recettori delle BDZ; il suo utilizzo richiede un accurato monitoraggio delle funzioni vitali in ambiente protetto e per il tempo necessario.

Molto controverso è il tema che riguarda le modalità patologiche d'uso delle BDZ, laddove si instaura una vera dipendenza (F13.2, dipendenza da Sedativi, Ipnotici o Ansiolitici); il problema è sottostimato e scarsamente valutato fin dalla prima prescrizione delle BDZ; vi sono indubbiamente delle limitazioni d'uso di tali molecole in soggetti particolarmente vulnerabili all'adozione di comportamenti d'abuso (tossicofilici), ma una maggiore sensibilizzazione del medico in tal senso può prevenire l'insorgenza di quadri d'abuso difficili poi da gestire.

**Tabella 2**

#### Reazioni avverse delle benzodiazepine

Le reazioni avverse da BDZ sono principalmente dovute a una accentuazione del loro effetto farmacologico, in particolare si segnala:

- Sedazione eccessiva: sonnolenza, affaticamento (dose dipendente)
- Diminuzione della performance psicomotoria e cognitiva
- Effetti residui (*hangover*)
- Disfunzioni cerebellari (ataxia/disartria)
- Amnesia (in acuto: breve durata, anterograda; uso cronico alterazione della memoria di rievocazione)
- Effetti paradossi (irritabilità, ostilità, aggressività, ecc.)

Le BZD vanno particolarmente monitorate in soggetti anziani, in presenza di malattie polmonari (ostruttive croniche, apnee morfeiche), di demenza o insufficienza epatica dove occorre valutare con attenzione l'utilizzo concomitante di farmaci epatotossici. Così come vanno valutate le interazioni farmacodinamiche, ad esempio l'uso concomitante di cimetidina, carbamazepina, alcool, antistaminici, neurolettici.

### ► Conclusioni

Nel complesso occorre quindi riflettere sull'appropriatezza delle prescrizioni delle BDZ nella pratica clinica, consapevoli che un uso non monitorato, al di fuori di un programma terapeutico ben definito, non può essere condiviso né considerato in linea con le evidenze scientifiche; considerato inoltre l'ambito di utilizzo della BDZ è sempre consigliabile una valutazione psicologica del paziente in modo da attivare e potenziare le sue difese psichiche.

# Liraglutide: esperienze nella real life

*L'uso dei GLP-1 in soggetti resistenti a terapia insulinica intensiva trova un suo razionale poiché la resistenza sembrerebbe la spia di un'attività pancreatiche residua e di un "imbrigliamento" che solo le GLP-1 potrebbero risolvere*

## Marco Ricchi

Medico di assistenza primaria  
Specialista in Endocrinologia  
ASL VT-3, Viterbo

Esiste un piccolo gruppo di persone diabetiche che nonostante siano sottoposte a terapia insulinica intensiva (3 somministrazioni di insulina analogica rapida/die + 1 somministrazione di insulina ad azione lenta serale), presentano valori glicemici in permanente scompenso e addirittura in rialzo all'aumentare delle unità di insulina loro somministrate. Questo fenomeno potrebbe rappresentare un paradosso di cui stupirsi, che ci indurrebbe a fermarci e cambiare strategia se non fosse per quelle categorie e schemi ereditate dalla formazione universitaria che pensiamo immutabili e chiuse a ogni novità terapeutica.

### ► GLP-1 (Glucagon-like peptide 1)

Nel frattempo è arrivata in nostro soccorso liraglutide, una molecola GLP-1, agonista recettoriale di peptidi simili al glucagone, con una azione di stimolo sulle beta cellule pancreatiche per la secrezione di insulina.

Lo stimolo è però intelligente, non come quello delle sulfaniluree, che si può considerare uno stimolo "rozzo", bensì raffinato e legato ai livelli glicemici plasmatici: tutto ciò perché le GLP-1 promuovono anche la sintesi di pompe del glucosio (GLUT-2) con cui le beta cellule, le cellule epatiche e muscolari, le cellule dell'ippocampo e dell'intestino affinano la loro capacità glucosio-omeostatica.

Ne consegue una ridotta inciden-

za di effetti ipoglicemici temibilissimi ancor più delle iperglicemie relative.

### ► Effetti dei GLP-1

Le molteplici azioni dei GLP-1 proseguono a più livelli (*figura 1*) con:

- il blocco della produzione di glucagone da parte delle alfa cellule pancreatiche (nei diabetici il glucagone contribuisce a imbrigliare il metabolismo peggiorando lo scompenso glicemico);
- il rallentamento dello svuotamento gastrico (con la riduzione dei picchi iperglicemici);
- la riduzione dell'insulino-resistenza;
- senso di sazietà (azione centrale diretta sui nuclei dell'ipotalamo);
- nel fegato la steatosi epatica è per la prima volta reversibile con la sintesi di nuovo glucogeno.

In questi pazienti esiste uno stato di "imbrigliamento metabolico", si potrebbe dire analogo a quanto succede nei pazienti con sindrome metabolica nei quali, a dispetto di lievi iperglicemie, l'iperinsulinemia circolante è molto più aterogena e steatoepatogena della glicemia stessa.

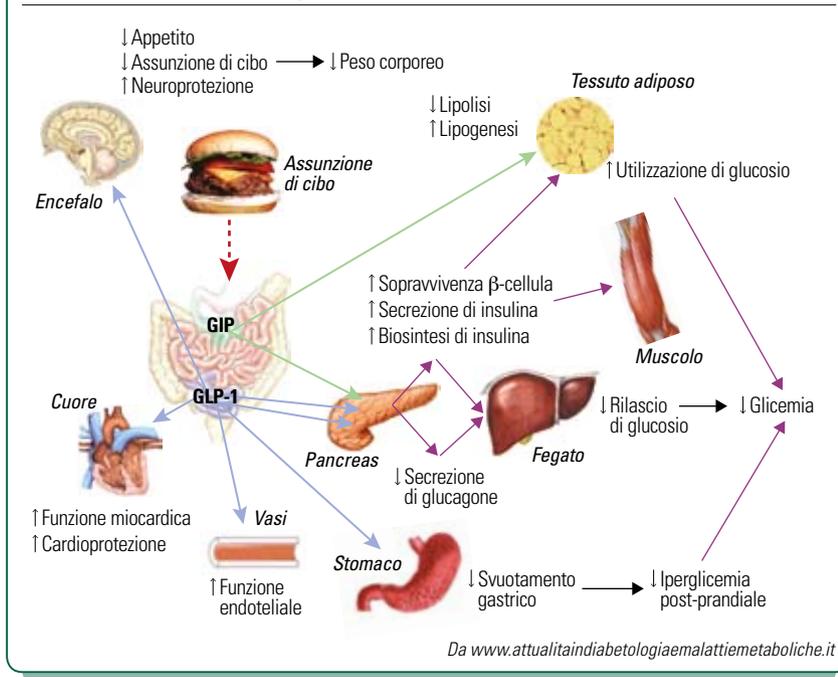
In questi soggetti si potrebbe arrivare anche a somministrare 100 e più unità al giorno di insulina senza ottenere nulla su glicemie basali che continuano a mantenersi oltre i 200-250 mg/dL.

### ► Real life: il caso clinico

A differenza di quanto le linee guida raccomandano, cioè che i GLP-1 siano da riservarsi a sog-

Figura 1

## Le molteplici azioni del GIP e del GLP-1



getti giovani e con diabete mellito non insulino-dipendente - NIDDM, relativamente di recente diagnosi, ho voluto valutare l'effetto di liraglutide su una signora di circa 67 anni che era arrivata a somministrarsi anche 120 unità/die di insulina, senza esiti.

Con una somministrazione al giorno di 1.2 mg di liraglutide dopo un mese le glicemie cominciarono ad attestarsi in un range tra 180 e 240 mg/dL, in media 40-80 punti più in basso della terapia insulinica intensiva.

Nella seconda visita, poiché la signora non tollerava gli effetti avversi della metformina né quelli del pioglitazone decisi di introdurre in prossimità dei pasti principali 1 mg di repaglinide; la paziente mi obiettò che recentemente l'aveva già assunta senza esiti e in concomitanza con alte dosi di insulina.

Dopo una settimana le glicemie basali si attestavano mediamente su valori di 150-190 mg/dL mentre superavano 200 mg/dL in brevi momenti della giornata.

Compresi che la stessa liraglutide favoriva la risposta della repaglinide altrimenti inefficace e che comunque era un vecchio pancreas diabetico e che una piccola dose di insulina lenta serale gli avrebbe potuto giovare, così ne aggiunsi 20 unità alle ore 21.

#### ► Decorso clinico

Dopo tre mesi mi lesse per telefono i valori dell'emoglobina glicata raggruppati, 7.4. da un valore iniziale di 11. Mi venne a trovare per altri consigli e mi accorsi che per telefono mi aveva letto il valore dell'emoglobina glicata totale, mentre quello della Hb1Ac era molto più basso, 6.5!

Attualmente la liraglutide è totalmente a carico della mia cliente poiché la normativa vieta il rimborso contemporaneo di insulina e liraglutide nonostante i benefici siano palesi.

#### ► Altre esperienze

Ho "provato" la liraglutide in altri quattro soggetti che presentavano un'analoga storia di resistenza alla terapia insulinica intensiva con buoni risultati:

- uno di loro dopo cinque anni effettua la sola liraglutide,
- un altro al secondo anno ha aggiunto la repaglinide ai pasti dietro mio consiglio e il colloquio andò così: "Dottore lei è molto buono perché mi ha tolto quattro somministrazioni di insulina al giorno e mi ha consigliato questo farmaco che mi ha fatto perdere di peso e io mi sentivo molto meglio. Poi dopo due anni le glicemie sono riprese a salire fino a 220; allora mi ha aggiunto la repaglinide e sono tornate a 130, lei è un mago". "No caro signore, lasciate stare la magia, se proprio vogliamo elogiare qualcuno rivolgiamoci al nostro affetto alla ricerca che ci ha regalato le GLP-1!"

#### ► Conclusioni

In conclusione si dovrebbe sempre tentare l'uso di GLP-1 in soggetti resistenti a terapia insulinica intensiva, poiché quella resistenza sembrerebbe la spia di una attività pancreatica residua e di un "imbrogliamento" che solo le GLP-1 potrebbero risolvere.

Inoltre ci auguriamo che l'AIFA superi il problema della rimborsabilità della GLP-1 somministrata in contemporanea con insuline ritardo.

# Prevalenza e guarigione da tumore in Italia

Cresce il numero degli italiani con diagnosi oncologica, ma 1 su 4 può considerarsi guarito: è il dato che emerge dallo studio dell'Associazione Italiana Registri Tumori

Il dato negativo è che il numero degli italiani con una diagnosi di tumore (recente o lontana nel tempo) continua a crescere: erano 2.600.000 nel 2010 e saranno 3 milioni nel 2015 (+20% nel corso di 5 anni). Il dato positivo è che di questi 3 milioni, 1 persona su 4 può considerarsi "guarita", perché è tornata ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale. Sono questi i risultati principali di uno studio di vaste proporzioni condotto dall'AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori), la rete che riunisce 45 Registri Tumori e che attualmente monitora oltre il 53% della popolazione italiana.

Lo studio è stato coordinato da ricercatori del CRO di Aviano, della Regione Veneto e dall'ISS e ha visto la collaborazione di rappresentanti dei malati e volontari in campo oncologico e di altre Società scientifiche.

## ► Prevalenza

"Possiamo dire che 1 italiano su 22 ha ricevuto una diagnosi di tumore nel corso della vita – dichiara il Segretario Nazionale AIRTUM **Emanuele Crocetti**, epidemiologo dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze. Si tratta di un numero elevato che corrisponde al 5% dell'intera popolazione del nostro Paese".

**Roberta De Angelis**, ricercatrice dell'Istituto Superiore di Sanità, tra i coordinatori scientifici dello studio, aggiunge: "Come atteso, il fenomeno interessa maggiormente gli anziani, infatti oltre il 20% dei maschi ultra75enni e il 13% delle femmine di questa fascia d'età ha affrontato nel corso della vita l'esperienza cancro".

"Sono oltre 600.000 le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella (41% di tutte le donne con neoplasia), approfondisce **Stefano Guzzinati**, del Registro Tumori della Regione Veneto, terzo curatore del Rapporto – seguite dalle donne con tumori di colon retto (12%), corpo dell'utero (7%) e tiroide (6%). Sono invece 300.000 i maschi che hanno ricevuto una diagnosi di tumore della prostata (26% del totale degli uomini con neoplasia), il 16% ha avuto un tumore della vescica, e un altro 16% del colon retto".

## ► Tassi di guarigione

Dalla fotografia scattata risulta che il 27% degli italiani colpiti da tumore (20% dei maschi e 33% delle femmine), può essere definito "già guarito", ma anche tra il restante 73% dei pazienti considerati, una grande quota è destinata a guarire.

Le percentuali di pazienti che guariranno variano considerevolmente

per tipo di tumore e per età. Sommando le frazioni di guarigione per tutti i tipi di tumore è emerso che oltre il 60% dei pazienti che ha ricevuto la diagnosi prima dei 45 anni di età guarirà dal tumore, ma la percentuale diminuisce con l'aumentare dell'età (meno di un terzo dopo i 75 anni).

## ► Tempi di guarigione

Complessivamente lo studio rileva che il 60% dei pazienti a cui è stato diagnosticato un tumore ha avuto la diagnosi da oltre 5 anni. Il tempo di guarigione varia per ogni tipo di tumore ed è influenzato dall'età al momento della diagnosi e dal sesso del soggetto colpito.

Le schede presentate nel Rapporto mostrano che i pazienti con tumore del testicolo e della tiroide guariscono mediamente in meno di 5 anni; i pazienti con i tumori di stomaco, colon retto, pancreas, corpo e cervice uterina, cervello e linfoma di Hodgkin guariscono in meno di 10 anni. Le pazienti con tumore della mammella e i pazienti con tumore della prostata invece raggiungono una mortalità simile a quella della popolazione generale dopo circa 20 anni dalla diagnosi.

Per i pazienti con tumore di fegato, laringe, linfomi non-Hodgkin e mielomi, il rischio di morire a causa del tumore si mantiene anche oltre 25 anni dalla diagnosi.

# Rete di sorveglianza contro l'epatite A

Il sistema di monitoraggio e pronta segnalazione di casi di infezione da virus dell'epatite A raccomandato dal ministero della Salute sarà operativo per tutto il 2015

Il virus dell'epatite A (HAV) è un agente patogeno con caratteristiche di elevata trasmissibilità e rappresenta una delle più frequenti cause di infezioni di origine alimentare. La sua presenza nel mondo si manifesta sia in modo sporadico sia in forma epidemica, con una tendenza alle ricorrenze cliniche. Dalla metà del 2013 si è assistito a un vasto focolaio epidemico di epatite A in Italia. Piccoli focolai sono stati riscontrati anche in altri Paesi europei (Francia, Olanda, Svezia, Irlanda, Norvegia) e l'evento sembra essere legato al consumo di frutti di bosco congelati, prodotti in Polonia (ribes rossi) e in Bulgaria (more). Sebbene si sia assistito nell'ultima parte del 2014 a un graduale diminuzione dei casi, l'Associazione Microbiologi Clinici Italiani

(AMCLI) condivide la recente Raccomandazione del Ministero della Salute per la prosecuzione della sorveglianza in Italia dei casi, monitorando l'andamento della malattia.

In questo importante lavoro un contributo fondamentale viene dalla disponibilità di test molecolari grazie ai quali è possibile in poche ore ottenere la sequenza dell'RNA virale e conseguentemente conoscerne la provenienza e tracciare la mappa geografica della diffusione del virus.

"Oltre alla possibilità di ritrovare il genoma del virus in tempi rapidi - commenta il Dottor **Pierangelo Clerici**, Presidente dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI) - i laboratori di Microbiologia Clinica italiani sono in grado di ricercare la presenza delle IgM

contro il virus, cosa che permette di accertare velocemente e a costi molto bassi, la presenza dell'infezione in fase acuta o convalescente. Nei nostri laboratori ricerchiamo anche la presenza delle IgG contro il virus, dato che permette di valutare il numero dei casi reali, in quanto infezioni lievi possono decorrere in modo asintomatico".

## ► Sistema di monitoraggio dei fattori di rischio

Continua dunque a essere operativo per tutto il 2015 il sistema di monitoraggio e pronta segnalazione di casi di infezione da virus di Epatite A. Secondo il Ministero della Salute, occorre proseguire nell'indagine e nel monitoraggio dei maggiori fattori di rischio, tra cui il consumo di frutti di mare crudi, il consumo di acqua non potabile e di verdure crude, il contatto diretto con casi sintomatici, comportamenti sessuali a rischio e il consumo, appunto, di frutti di bosco surgelati.

### Situazione epidemiologica italiana ed europea

Le segnalazioni nell'Unione europea di casi di epatite A sono diminuite costantemente negli ultimi 15 anni, dai 14 casi per 100.000 abitanti del 1997 ai 2.5 del 2011. Anche in Italia la malattia ha seguito la stessa tendenza. Viceversa, le notifiche del 2013 hanno subito un incremento, raggiungendo rispettivamente il doppio, il triplo e il quadruplo dei casi registrati nel 2010, 2011 e 2012. Complessivamente dal gennaio 2013 in Europa sono stati segnalati più di 1.440 casi di epatite da 12 Stati membri, di cui 331 casi confermati correlati all'attuale epidemia. Ad oggi non sono stati registrati decessi. In Italia, in totale dal 1° gennaio 2013 al 31 maggio 2014 sono stati notificati 1.300 casi di epatite A. I dati al 31 maggio 2014, confermano la riduzione del numero dei casi già evidenziata a partire da novembre 2013, con il picco epidemico collocato tra aprile e maggio 2013.

*EFSA Journal 2014;12(9):3821*



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Pierangelo Clerici

# Sintomi atipici della celiachia nelle donne

Pubblicata dall'Associazione Italiana Celiachia una guida che sarà distribuita anche ai Mmg con l'obiettivo di favorire la diagnosi di malattia nella popolazione femminile

La celiachia è una malattia al femminile: le italiane che ne soffrono risultano infatti essere il doppio degli uomini. Dei circa 600.000 casi stimati di celiachia presenti nella popolazione italiana, dove l'incidenza della patologia è pari all'1%, ben due su tre riguardano il sesso femminile. Sono circa 400.000 le italiane che potrebbero avere o sviluppare la celiachia contro 200.000 uomini, ma in entrambi i sessi le diagnosi sono tuttora poche, circa 180.000, nonostante crescano del 10% circa ogni anno.

"Il 72% dei pazienti con celiachia è ancora in attesa della diagnosi: si tratta di circa 436.000 italiani, di cui 136.000 sono uomini, ma addirittura 284.000 donne. Soprattutto le donne, poiché la celiachia non di rado si manifesta nel sesso femminile con sintomi "atipici", non hanno neppure il sospetto di non tollerare il glutine - spiega **Marco Silano**, coordinatore del board scientifico dell'AIC (Associazione Italiana Celiachia). La sterilità senza altra causa, l'endometriosi, un menarca tardivo o una menopausa precoce, le alterazioni del ciclo e l'amenorrea sono tutte disturbi frequenti nelle donne celiache non diagnosticate, così come l'anemia da carenza di ferro che si manifesta in circa una celiaca su due. Una celiachia non riconosciuta, inoltre, aumen-



ta il rischio di problemi in gravidanza come aborti ripetuti, ritardo di crescita intrauterino, prematurità, basso peso alla nascita, taglio cesareo. In presenza di queste condizioni è opportuno chiedersi se non si soffre di celiachia e quindi sottoporsi alle indagini cliniche per verificarlo, evitando sia l'autodiagnosi sia di intraprendere una dieta gluten-free senza la certezza della diagnosi".

## ► Una guida per riconoscere i sintomi "atipici"

In questo contesto, l'AIC ha diffuso la guida "Donna e Celiachia" realizzata dal Comitato scientifico dell'Associazione, per fornire alle donne alcuni strumenti per riconoscere sintomi non classici della celiachia e nel sospetto invitarle a rivolgersi al medico per una dia-

gnosi. La guida, disponibile sul sito [www.celiachia.it](http://www.celiachia.it), sarà diffusa nei prossimi mesi anche in versione cartacea e verrà distribuita ai medici di famiglia, per far emergere dall'ombra le sette pazienti su dieci che a oggi sono ancora ignare della loro condizione.

"La diagnosi di celiachia deve essere posta dal medico, ma la consapevolezza dei propri disturbi e una corretta descrizione dei propri malesseri al curante permetterebbero diagnosi più rapide e precise - osserva **Elisabetta Tosi**, Presidente dell'Associazione Italiana Celiachia.

"Il nostro obiettivo è far emergere l'iceberg sommerso di pazienti che non tollerano il glutine, perché una volta avuta una diagnosi certa si può stare finalmente meglio: una dieta senza glutine basta quasi sempre a determinare la remissione di tutti i sintomi e permette alla paziente di tornare a una normale vita riproduttiva, familiare, sociale e lavorativa".

La guida, inoltre, offre consigli anche per chi scopre di essere celiaca affrontando la donazione del sangue da cordone ombelicale - un gesto di generosità che anche le pazienti possono fare con pochi piccoli accorgimenti - e su come gestire lo svezzamento del proprio bambino". Fondamentale resta l'avvertimento a non iniziare una dieta gluten-free senza diagnosi.