

# M.D.

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

Anno XXII, numero 4 - Maggio 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

### PROPOSTE 8

**L'inserimento  
della Continuità Assistenziale  
nel progetto h24**

### INTERVISTA 10

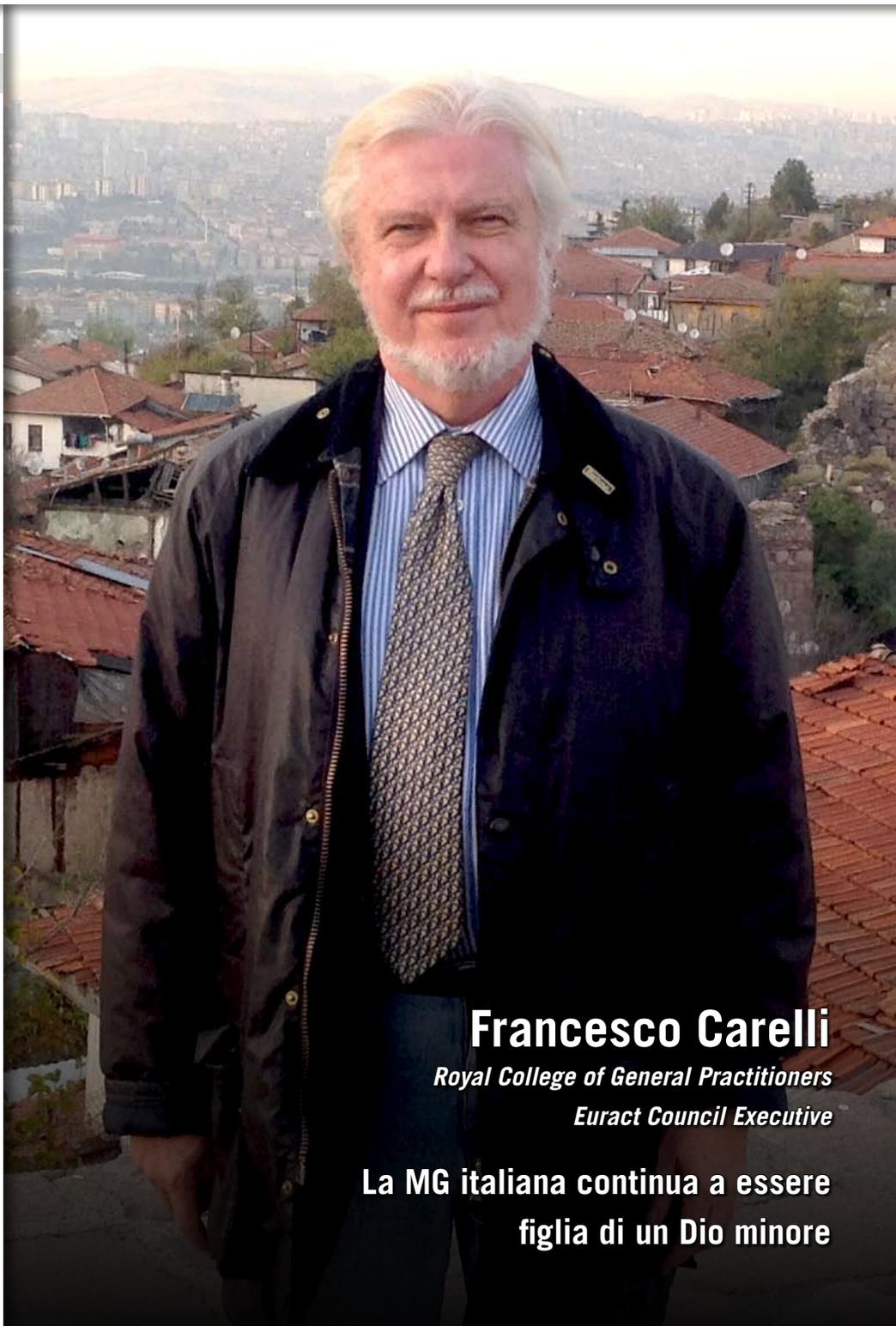
**La giornata  
del Medico di Famiglia,  
pilastro del Ssn**

### RICERCHE 30

**Strategie di screening  
e di prevenzione  
del diabete di tipo 2**

### RASSEGNA 42

**Valutazione clinica  
per il porto d'armi**



**Francesco Carelli**

*Royal College of General Practitioners*

*Euract Council Executive*

**La MG italiana continua a essere  
figlia di un Dio minore**



## 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

■ <b>Prima pagina</b>	La MG italiana continua a essere figlia di un Dio minore .....	5
■ <b>Riflettori</b>	Le richieste di ventisei Ordini e la risposta della FNOMCeO .....	6
■ <b>Proposte</b>	L'inserimento della Continuità Assistenziale nel progetto h24 .....	8
■ <b>Intervista</b>	La giornata del Medico di Famiglia, pilastro del Ssn .....	10
■ <b>Tribuna</b>	No all'appropriatezza imposta per decreto .....	14
■ <b>Note stonate</b>	Il calvario del medico neoabilitato .....	15
■ <b>Documenti</b>	Pesticidi e rischi per la salute .....	16
■ <b>Contrappunto</b>	Emilia Romagna: Mmg troppo costosi? .....	18

## AGGIORNAMENTI

■ <b>Allergologia</b>	Reazioni allergiche da punture di imenotteri .....	22
■ <b>Diabetologia</b>	Il rene da organo bersaglio a target terapeutico .....	24
■ <b>Farmacologia</b>	Interazione farmaci-alcol sottovalutate in pratica clinica .....	25
■ <b>Ginecologia</b>	Contraccezione ormonale a regime prolungato .....	26
■ <b>Lipidologia</b>	Una Consensus sui sintomi muscolari associati a statine .....	27
■ <b>Neurologia</b>	Sclerosi multipla: esperienza italiana con alemtuzumab .....	28
■ <b>Malattie respiratorie</b>	Migliorare la gestione delle riacutizzazioni della BPCO .....	29

## CLINICA E TERAPIA

■ <b>Ricerche</b>	Strategie di screening e di prevenzione del diabete di tipo 2 .....	30
■ <b>Focus on</b>	Nuovi orizzonti della ricerca in ambito oncologico .....	34
■ <b>Pratica medica</b>	La malattia di Pick che "ruba la mente" .....	38
■ <b>Prevenzione</b>	Salute cardiovascolare in bicicletta .....	41
■ <b>Rassegna</b>	Valutazione clinica per il porto d'armi .....	42
■ <b>Management</b>	La "riconciliazione" della terapia farmacologica .....	46

# La MG italiana continua a essere figlia di un Dio minore

La situazione italiana della Medicina Generale e dei medici che la esercitano, non si può considerare solo da un punto di vista contrattuale, soprattutto nel nostro Paese. A pensarla così è **Francesco Carelli** del *Royal College of General Practitioners*. Secondo Carelli, i Mmg italiani pagano lo scotto di esercitare una Disciplina che non è adeguata agli standard europei. Ciò rende ancor più critico il disagio professionale che in questo momento storico accomuna i medici di famiglia europei costretti, ad affrontare una riorganizzazione delle cure primarie che presenta molteplici risvolti e contraddizioni. Proprio per questi motivi, secondo Carelli, il Rapporto dell'Oms "Building Primary Care in a changing Europe" (M.D. 2015; 3: 6-7) non riesce a dare una fotografia precisa della strutturazione nazionale delle cure primarie nei 31 Paesi Europei analizzati e così anche la visione globale risulterebbe carente. Resta il fatto che i Mmg in tutta Europa, a parte qualche eccezione, sono i medici pagati meno. "Pagati meno e trattati peggio in tutta Europa, purtroppo è così - precisa Carelli - su questo sono d'accordo con quanto descritto nel Rapporto dell'Oms, anche se non posso non far presente l'eccezione della Norvegia dove l'impegno professionale dei Mmg è riconosciuto anche da un punto di vista monetario".

Per Carelli in Italia l'aspetto qualitativo e strutturale della Medicina di Famiglia è stato analizzato e gestito prevalentemente su di un piano politico-sindacale, sottostimando l'aspetto educativo culturale. Per uscire dalla marginalità in cui è stata relegata, è necessario che la MG acquisti la dignità accademica che le spetta, che siano istituiti i Dipartimenti Universitari. "Se non partiamo da qui non usciremo dall'empasse - continua Carelli -. Le ristrutturazioni riproposte di anno in anno non servono e nel frattempo la nostra professione diventa sempre meno appetibile per le nuove generazioni, non solo in Italia, ma in tutta Europa. Dietro le continue riorganizzazioni della medicina del territorio, che stanno investendo tutti i sistemi sanitari nazionali europei, si celano intenti non verbalizzati di privatizzazione. Lo hanno ben testimoniato i colleghi inglesi in questi ultimi mesi, portando il NHS al centro del dibattito elettorale".



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

# Le richieste di ventisei Ordini e la risposta della FNOMCeO

Dal comma 566, alla penalizzazione della professione, dal nuovo Codice Deontologico alla necessità di una legge sull'Atto medico, sono questi, in sintesi, argomenti urgenti e dirimenti per la professione per cui ventisei Presidenti OMCeO hanno inviato una missiva alla FNOMCeO richiedendo la convocazione di un Consiglio Nazionale straordinario. Il Presidente dell'Ordine Roberta Chersevani, ha risposto repentinamente, ribattendo punto per punto

**Simone Matrisciano**

**S**ono 26 i Presidenti di Ordine che hanno firmato la richiesta inviata alla Presidente FNOMCeO **Roberta Chersevani** di convocare urgentemente un Consiglio Nazionale straordinario. "Si tratta di una iniziativa che non ha precedenti" commenta **Roberto Carlo Rossi**, Presidente OMCeO Milano tra i firmatari della missiva: "per la prima volta 26 Ordini alzano la voce per chiedere alla Federazione di schierarsi su temi urgenti: non possiamo più aspettare".

C'è una questione di metodo e molte di merito in questa richiesta: dal rifiuto della penalizzazione della professione medica all'abolizione del comma 566 della Legge di Stabilità, attraversando la palude di un Codice Deontologico che fa ancora storcere il naso a molti professionisti. Ma prima di tutto, gli Ordini chiedono "una maggiore democrazia - continua Rossi - perché abbiamo vissuto un mandato precedente, quello di Bianco, durante il quale le decisioni venivano assunte dai vertici senza un reale coinvolgimento del Consiglio Nazionale. Siamo fiduciosi che ora si possa cambiare mentalità".

Si fa strada la necessità di ridefinire con più chiarezza la professione medica. Ad esempio sul più discusso comma 566 della Legge di Stabilità, "sul quale non c'è stata una chiara presa di posizione da parte dell'ex Presidente Bianco e non ci siamo confrontati adeguatamente a livello federativo", sostiene Rossi. Un confronto invocato su un tema che dovrebbe oliare a dovere la macchina della sanità pubblica, ma che rischia invece di incepparne gli ingranaggi. Come sta avvenendo per il disegno di legge sull'Atto medico, argomento "sul quale tutti dovremmo esprimerci chiaramente e in senso positivo, per dare la possibilità di un futuro alla professione", nota Rossi.

## **▶ In gioco il futuro della professione**

Il tema del futuro della professione medica fa da sfondo ai punti elencati nella lettera. Una professione messa in pericolo, secondo il Presidente meneghino, "anche dalle parole dell'Assessore alla Sanità siciliana Lucia Borsellino, che ritengo molto gravi". Il riferimento è al controverso

emendamento sostenuto dall'Assessore e poi stralciato che avrebbe voluto l'introduzione della responsabilità patrimoniale per i medici in caso di esami inappropriati. "Anche solo l'idea che gli amministratori e i politici possano scaricare le conseguenze delle loro negligenze sui medici - commenta Rossi - è indegno di una società civile e mostra la dichiarata incapacità dei nostri politici di amministrare la cosa pubblica".

Codice Deontologico e prospettive occupazionali dei giovani medici sono altri temi che preoccupano. Il nuovo Codice Deontologico è stato fonte di contestazioni e dibattiti. Redatto e approvato sotto la presidenza Bianco e il coordinamento della Chersevani: "Coordinamento avvenuto purtroppo solo nella prima fase: non è stata coinvolta nelle fasi successive - tiene a precisare Rossi -. Attualmente c'è un Codice diverso per ogni Ordine con l'Italia divisa in due, Ordini che non l'hanno accolto e altri che, turandosi il naso, lo hanno adottato". Molti i punti critici sui quali però "è possibile trovare un accordo - evidenzia il presidente dell'OMCeO di Milano - ma non sull'articolo 3 che inserisce nel Codi-

ce la definizione dell'Atto medico: un'autoreferenzialità inaccettabile per Rossi, in quanto "non è possibile definire che cos'è l'Atto medico: deve farlo un provvedimento che venga dall'esterno".

Ma non è tutto qui. Il "passaggio terribile", così definito da Rossi, riguarda la competenza mediche definite dalla politica: "la deontologia non può essere asservita a un padrone, il medico deve essere libero, indipendente. È la categoria che deve darsi un codice e decidere se adottarlo; è una questione di autodisciplina, uno strumento che dei professionisti si danno per lavorare correttamente", conclude Rossi.

*Last but not least*, il nodo dei giovani. Tema urgente come gli altri, soprattutto adesso che all'orizzonte (non troppo lontani) ci sono i concorsi per il triennio, le specialità e l'accesso alle Scuole di Medicina: "la FNOMCeO deve prendere una posizione chiara e forte anche su questi temi per non ritrovarci nel disastroso macello dell'anno scorso".

## La risposta della FNOMCeO

La risposta ai quesiti posti dai 26 Ordini non si è fatta attendere. Il Presidente della FNOMCeO, Roberta Chersevani, con una missiva ha ribattuto punto per punto quanto portato alla sua attenzione. In particolare ha puntualizzato che il comma 566 è completamente da riscrivere. "Il comma 566 - precisa il presidente della FNOMCeO - si è configurato in un ingombrante cortocircuito normativo e politico, va rivisitato, rifondato su basi giuridiche diverse, con procedure e strumenti diversi; in ogni caso deve avere al centro la tutela degli interessi della persona assistita, nel ri-

spetto delle competenze, dell'autonomia e della responsabilità dei professionisti coinvolti. Il vasto dibattito che si è aperto sui nodi del comma 566 rende indispensabile l'apertura di una fase di incontri e di dialogo, intanto tra le Professioni e le loro rappresentanze sindacali, successivamente tra queste, la Politica e le Istituzioni (...)". E per quanto concerne l'Atto medico sottolinea: "In tale contesto, la prospettiva di legiferare l'Atto Medico è un'opzione che, accanto a evidenti opportunità, manifesta dei rischi elevati, per la sua enorme complessità giuridica e normativa. La questione è sul tavolo e sarebbe sbagliato accettarla o meno solo in base ad assunti ideologici (...)".

### ► Il Codice Deontologico

E per quanto concerne la revisione del Codice Deontologico precisa che pur trattandosi di una materia dinamica, le decisioni della maggioranza vanno rispettate. "Fermo restando che la deontologia è materia di per sé dinamica - scrive Chersevani - vorrei, però, che su di una questione più in generale fossimo chiari. Come avvenuto nel recente passato, ritengo che il Consiglio Nazionale sia il baricentro delle politiche della Federazione; intendo essere garante di un dibattito libero, finalizzato alla ricerca del consenso, possibilmente all'unanimità: se questa non c'è, o non si decide, oppure è il voto democratico a decidere per tutti. L'Assemblea deve essere responsabile nel decidere, e le decisioni assunte vanno rispettate".

### ► I giovani medici

"Sul futuro dei giovani medici - evidenzia Chersevani - grava il peso di

un percorso formativo che rischia di lasciarne per strada migliaia, se non si cambiano le regole. Il mondo della nostra formazione si incontra poco con il mondo del nostro lavoro, che nel frattempo si è ristretto e complicato per l'insieme di fattori diversi: l'allungamento dell'età pensionabile, il blocco del turn over, la precarietà, la riduzione delle reti assistenziali, e anche per quelle politiche di demansionamento-rimansionamento delle competenze professionali che, seguendo una logica economica, vogliono spostare attività e funzioni su fattori produttivi a più basso costo. Questa trama va risolta nella sua complessità e le soluzioni devono guardare a una risposta di sistema coerente e sostenibile. I giovani sono i più deboli tra quelli nel frattempo diventati deboli e l'impegno per la loro dignità umana e professionale è un dovere di tutta la professione, per il futuro stesso della professione".

"Il Presidente e il Comitato Centrale - conclude - avvertono il peso di queste e di tante altre responsabilità (...). Nel nostro programma ci saranno molti Consigli Nazionali a cui farei fatica francamente ad attribuire la qualifica di straordinari e urgenti. Qualora ci fossero all'orizzonte altri concreti sviluppi e la Federazione dovesse essere impegnata a decisioni, mi riservo la convocazione di un Consiglio straordinario urgente, per poter rappresentare il pensiero di tutti".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Roberto Carlo Rossi

# L'inserimento della Continuità Assistenziale nel progetto h24

*L'intuizione di ripensare la vecchia Guardia Medica come Continuità Assistenziale, ovvero come quella struttura che avrebbe dovuto assicurare la continuità dell'assistenza anche quando il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta non fossero disponibili, si presentava come un progetto geniale nella sua semplicità ed efficacia. Alla luce degli attuali modelli di assistenza territoriale, il vecchio progetto potrebbe migliorare in efficacia ed efficienza.*

**Alessandro Chiari**  
Segretario SMI Emilia Romagna

**S**e pensiamo a un livello di assistenza essenziale nel segmento dell'urgenza, che possa assicurare l'accesso del cittadino alle prestazioni offerte dai medici territoriali nell'arco dell'h24, non possiamo rinunciare ad alcune condizioni che assicurino uno scenario assistenziale distribuito capillarmente e che formi una rete di reali presidi territoriali. Ma i livelli assistenziali essenziali abbisognano di altre due specifiche perché siano resi efficaci: devono essere uniformi e ubiquitari; in poche parole la qualità dell'assistenza deve essere la stessa con uguali offerte e possibilità d'accesso su tutto il territorio e quindi tutti i cittadini devono poter avere, in qualunque luogo vivano, le stesse opportunità assistenziali.

## ► Organizzazione territoriale

Se vogliamo progettare un sistema territoriale dobbiamo innanzitutto creare una dorsale ospedaliera organizzata in un sistema di reti ospedaliere tipo *hub and spoke* dove dobbiamo individuare un ospedale della rete che deve essere il riferimento centrale ad alta specializzazione e in generale il luogo di cura per i casi acuti. A questo punto potremmo pensare a un'organizzazione assistenziale divisa funzionalmente in quattro grandi gruppi integrati a livello operativo:

**1.** Servizi territoriali: sanità pubbli-

ca, cure primarie, salute mentale.

- 2.** Cure intermedie: non autosufficienti o assistenza domiciliare o residenziale.
- 3.** Servizi a sostegno della comunità: terzo settore associazioni e *caregivers*.
- 4.** Cure Ospedaliere: problemi sanitari acuti.

## ► Integrazione globale

Passiamo però ora a esaminare il settore che ci interessa: le cure primarie. Organizziamo quindi medici di medicina generale in strutture che chiameremo Case della Salute (CdS) che superino l'organizzazione monoprofessionale e monodisciplinare della medicina di gruppo e che quindi esprimano un apporto multidisciplinare con l'ingresso dei Pls e delle figure Specialistiche territoriali e ospedaliere. A questo punto rendiamo la struttura multi professionale aggiungendo le altre professionalità sanitarie con la possibilità di poter usufruire di posti letto territoriali assistenziali, *day hospital and surgery*, e con potenzialità riabilitativa presso quelle strutture che permetteranno per ubicazione e architettura questo livello di complessità superiore e che daranno vita al capitolo delle dimissioni territoriali. Quindi non manca che inserire il segmento assistenziale sociale e raggiungiamo il traguardo della multisettorialità operativa e funzionale per cui

potremmo veramente dire che le CdS diventano, o meglio la rete delle CdS, diventi il centro della risposta territoriale ai bisogni del cittadino.

### ► Inserimento della CA nel team assistenziale

Il ruolo che viene a giocare la CA in questo sistema diventa fondamentale per assicurare l'h24 sul territorio: ribaltando il concetto, per una vera h24, il ruolo primario della CA, in contrapposizione alla Guardia Medica che aveva *in primis* il target domiciliare, deve essere quello di assicurare l'urgenza ambulatoriale in analogia con quanto succede nella medicina generale, senza rinunciare tuttavia a interventi domiciliari che, più che sull'urgenza, dovremmo orientare alla complessità. In questo modo si può pensare di dare una reale organizzazione operativa all'h24. Il cittadino trova sempre l'ambulatorio della sua CdS aperto anche nelle ore in cui il suo medico di fiducia non può essere presente. Dobbiamo poi dotare il presidio degli MCA di una figura infermieristica nuova: l'infermiera di CA altamente specializzata nella risoluzione, in collaborazione con il MCA, di medicazioni e interventi clinici a bassa intensità. Per creare dei team multi professionali e per dare dei riferimenti ai pazienti è anche necessario stanziare il più possibile il MCA in una determinata sede anche al fine di seguire con più continuità i cittadini afferenti a quel determinato territorio. La CA deve comunque essere organizzata come una rete territoriale che gravita in un determinato territorio al servizio di una rete di CdS. Ma attenzione: seppure possa essere

vero che la dislocazione della CA nelle CdS (o come supporto ambulatoriale PPI al PS nei Codici Bianchi), possa sembrare altamente razionale nelle aree urbane e sub urbane, è d'altro canto necessario non rinunciare a quella peculiare capillarità territoriale, che la CA riesce a garantire, sguarnendo il territorio da punti di guardia che spesso rappresentano, in alcune zone, l'unico presidio o avamposto sanitario. Sarebbe quindi funzionale al sistema mantenere una certa elasticità progettuale diversificando l'organizzazione a seconda che si abbia a operare in contesti megarurbani o sub urbani, oppure in campagna, ma soprattutto dove il servizio oltre che essenziale diventa indispensabile: nelle aree periferiche e montane.

### ► Presa in carico territoriale

La CA, eredita, in questo modo, obiettivi assistenziali molto più complessi di quelli che aveva nel passato: oltre che al potenziamento dell'attività ambulatoriale bisogna intervenire sulla presa in carico territoriale, sulle figure critiche e fragili, domiciliari, sui pazienti palliativizzati e terminali, sui piccoli pazienti pediatrici; tutti questi possono essere gestiti efficacemente dalla CA. I contenuti del servizio, alla luce della maggiore professionalità e complessità richiesta, devono essere adeguati mettendo il MCA nelle condizioni di lavorare in condizioni regolate da parametri di sicurezza, integrazione e adeguata formazione. Se vogliamo avere una C.A. efficiente diventa fondamentale la formazione degli operatori, sia quella rivolta sotto forma di *coaching* per far apprendere l'organizzazione del

servizio ai neoassunti, inteso anche come conoscenza delle criticità e opportunità offerte dalle strutture sanitarie in un determinato distretto, sia come conoscenza clinica delle patologie riscontrabili nell'attività di continuità assistenziale. Indispensabile è il ruolo dell'informatizzazione. Bisogna informatizzare la CA con un programma unico regionale accessibile da qualsiasi computer, *tablet* o *smartphone* (*web applications*), che non solo consenta di gestire il registro, di ma di accedere al *Patient Summary* e a tutte le informazioni laboratoristiche, diagnostiche e terapeutiche del cittadino. In realtà la struttura progettuale della Continuità Assistenziale, così come la intendiamo (ovvero quel segmento assistenziale deputato a intervenire sulle urgenze indifferibili, in quegli orari in cui il medico o il pediatra di famiglia non sono disponibili), pur nella sua semplicità costruttiva, che è poi alla base della sua funzionalità, soddisfa ancora ampiamente gli scopi per cui è stata creata, e anzi, appare tuttora, l'unico strumento per poter realizzare efficacemente un'assistenza h24 integrata ed efficace. Inoltre tutto ciò è anche alla base di una vera integrazione territoriale con gli altri Colleghi e le altre figure professionali sanitarie e sociali che operano sul territorio e che hanno visto aumentare quella stessa complessità operativa che viene gestita anche dai MCA. La partecipazione della C.A. ai team territoriali è fondamentale non solo per fornire quella qualità assistenziale data dalla multi professionalità, ma per il contributo che la CA dà nell'assicurare proprio la continuità dell'assistenza nell'arco delle 24 ore.

# La giornata del Medico di Famiglia, pilastro del Ssn

Grazie a un'iniziativa del Wonca, il 19 maggio sarà una data da ricordare: il primo *Family Doctor Day* organizzato in Italia con il patrocinio del Ministero della Salute. Una giornata che giunge in un momento tanto caldo quanto decisivo per il destino della Medicina Generale e dei professionisti che la esercitano. *M.D.* ha intervistato Ernesto Mola, Presidente Wonca Italia

Francesco Gombia

In Italia, come negli altri Paesi, il 19 maggio è stato celebrato il *Family Doctor Day*. "La decisione di un giorno dedicato ai Mmg è nata con lo scopo di riaffermare il ruolo di pilastro portante della Medicina di Famiglia per i servizi sanitari - precisa **Ernesto Mola**, Presidente Wonca Italia, Coordinamento italiano delle società scientifiche aderenti a Wonca (*World Organization of National Colleges and Academies of Family Medicine/General Practice*) -. È l'occasione per cementare il rapporto con i nostri pazienti, anche se già solido, come dimostrano gli indici di gradimento relativi al servizio da noi effettuato".

Sono numeri impressionanti quelli che ruotano intorno alla Medicina Generale: 300 milioni di visite mediche in ambulatorio e 43 milioni di visite domiciliari. È questo il bilancio dell'attività dei medici e pediatri di famiglia ogni anno in Italia. Senza contare i 410 milioni di accessi agli studi per rinnovo ricette e pratiche burocratiche e i 350 milioni di contatti telefonici diretti con il medico. Si tratta di cifre approssimate per difetto, che danno però la dimensione del lavoro di circa 45.000 medici di famiglia e 7.500 pediatri. Un volume di attività che spesso



dimentichiamo o si cela dietro discorsi di ben altra (apparente) caratura. In particolare, una mole di visite che deve essere sottolineata non solo da un punto di vista quantitativo.

"C'è una qualità non trascurabile in questi numeri - tiene a sottolineare Mola - in apparenza freddi: una qualità che mette sempre la relazione fiduciaria al centro degli obiettivi di noi medici di medicina generale. Non è un caso che le indagini di gradimento dei servizi sanitari ci vedano sempre ai primi posti: perché il nostro rapporto col paziente è basato su continuità e conoscenza negli anni", continua Mola.

## ► Tra festa e protesta

Il 19 maggio è stato quindi il primo *Family Doctor Day* organizzato in Italia; giornata che giunge in un momento tanto caldo quanto decisivo per il destino della professione.

In mesi di grande fermento, i promotori del *Family Doctor Day* puntano a lanciare un messaggio chiaro di sostegno ai camici bianchi: "la Medicina di Famiglia ha una sua specificità di ruolo dalla quale non si può prescindere. L'efficienza della Medicina Generale non può essere misurata in termini di numero di prestazioni o prescrizioni fatte durante una giornata. La qualità della relazione deve rimanere centrale", sostiene Mola. Concetti che, a sentir parlare il rappresentante di Wonca Italia, devono accompagnare per mano qualunque velleità di riorganizzazione dei servizi sanitari. Il *Family Doctor Day* si presenta dunque come lo specchio della professione che i medici vorrebbero: attenta alla relazione profonda di conoscenza con (e del) paziente; attenta alle persone più che al numero di visite e di prescrizioni, libera dal peso di una burocrazia inutile che sottrae sempre più tempo alla clinica.



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

# No all'appropriatezza imposta per decreto

L'iniziativa di promozione normativa top-down dell'appropriatezza diagnostica da parte della Conferenza delle Regioni sconcerata e ha il sapore dell'eterno ritorno delle cose uguali

**Giuseppe Belleri**

*Medicina Generale, Flero (BS)*

**H**a provocato lo sconcerto della categoria la proposta della Conferenza delle Regioni sulla responsabilità patrimoniale per i medici (dipendenti e convenzionati) rei di aver prescritto prestazioni diagnostiche in modo "inappropriato", con relativo recupero del danno economico arrecato al Ssn.

L'ennesima iniziativa di promozione normativa *top-down* dell'appropriatezza diagnostica ricorda da vicino la questione dell'obbligo del quesito diagnostico sulle richieste di indagini cliniche, introdotto alla fine del decennio scorso in Lombardia e poi via via in tutte le Regioni. La parte pubblica, con questa proposta, applicherebbe alle prestazioni specialistiche la logica punitiva che a suo tempo ispirò l'introduzione delle Note CUF (poi AIFA) per i farmaci a carico del Ssn: "chi sbaglia paga"! A suo tempo la norma lombarda fu "contestata" con argomentazioni valide anche per questa tematica affine. In entrambi i casi vale il riferimento alla dialettica tra conoscenza a priori o ex-ante (implicita nelle linee guida e nei criteri di appropriatezza) e quella invece che si concretizza via via nel corso del processo clinico, fatta di riflessioni nel corso dell'azione, tentativi

ed errori, adattamento progressivo degli strumenti di conoscenza all'evoluzione dell'iter diagnostico, in quella sorta di conversazione riflessiva con la situazione problematica, definita dal cognitivista Schoen negli anni Ottanta. Questo tipo di approccio è tipicamente a posteriori, o *ex-post*, e si realizza sia nella fase diagnostica sia in quella terapeutica, in un processo interattivo, di aggiustamento progressivo e adattativo tra rappresentazione della realtà (mediata dagli accertamenti clinici) ed esiti degli interventi diagnostico-terapeutici. La dialettica tra conoscenze a priori (linee guida, criteri, percorsi diagnostici, ecc.) e a posteriori vale specificamente nelle condizioni croniche e progressivamente disfunzionali (scompenso cardiaco, BPCO, diabete mellito, connettiviti, ecc.) per non parlare delle indagini diagnostiche prescritte per la valutazione di un rischio biologico, diagnosi precoce, prevenzione e per la valutazione della variegata fenomenologia dei disturbi aspecifici osservati in MG.

## ► Approccio a priori e diagnosi in MG

L'approccio a priori irrigidisce il processo conoscitivo-terapeutico

in schemi fissi e teoricamente adatti a tutte le situazioni, scotomizzando i casi particolari, ai limiti delle due code gaussiane (tipici di ogni categoria nosologica, specie se cronica) e soprattutto la multiforme casistica di disturbi aspecifici o di sintomi strani e bizzarri, che non superano mai la soglia diagnostica e restano sospesi come in una sorta di limbo clinico.

In MG non è sempre possibile abbinare alla prescrizione una chiara diagnosi o ipotesi diagnostica e di riflesso alcuni accertamenti appropriati, pre-definiti in modo rigoroso e schematico. Si tratta della parte tacita e non codificabile della professione, inerente alla peculiarità della disciplina; il Mmg deve affrontare una gamma di situazioni anomale, sintomi bizzarri, vaghi, aspecifici al confine tra fisiologia e patologia, soma e psiche, funzionale e organico, che di rado arrivano all'attenzione della medicina di II livello, difficili da schematizzare e codificare in modelli standardizzati di comportamento e decisioni cliniche appropriate a priori.

Il testo completo dell'articolo è consultabile su <http://blog.libero.it/cureprimarie/>

# Il calvario del medico neoabilitato

Un percorso di accesso alla professione lastricato di handicap e dal futuro lavorativo incerto che disorienta i neolaureati in Medicina

**Dafne Pisani**

*Medico Chirurgo, Potenza*

La vita di un giovane medico non è affatto facile. Chi si laurea in Medicina oggi deve intraprendere, innanzitutto, un tirocinio di 3 mesi presso l'ambulatorio di un Mmg, un reparto di Medicina e uno di Chirurgia. Un tirocinio valutativo che, purtroppo, diventa formativo: l'ho seguito anche io e i miei colleghi. Abbiamo cercato di imparare il più possibile per arginare, seppur in minima parte, le carenze della preparazione pratica a cui il nostro iter universitario dà marginale importanza a favore di un'ineccepibile preparazione teorica. Nel resto d'Europa la laurea in Medicina, invece, è abilitante. Per quanto poi concerne la prospettiva lavorativa, la sola abilitazione ne restringe molto il campo. Per allargare gli orizzonti è fondamentale poter accedere al concorso per le Scuole di Specializzazione, ma dal 2005 ad oggi le possibilità di accesso si sono ristrette sempre più con la continua riduzione delle borse di studio. Attualmente su circa 15mila laureati le borse messe a disposizione dovrebbero essere circa 6.500, stando alle ultime notizie. Un risultato che certamente non risolve in toto le criticità inerenti al nostro iter d'accesso alla professione. A tale proposito vorrei ricordare il recente e molto partecipato *Flash Mob*, organizzato dal SIGM (Segretariato Italiano Giovani Medici) e dal CNAS (Co-

mitato Nazionale Aspiranti Specializzandi) di cui sono membro attivo e partecipo. Ci stiamo impegnando in prima persona per dare voce alle nostre istanze per tentare di arginare le numerose anomalie formative del nostro Paese. La Medicina Generale, per esempio, negli altri Paesi della UE ha dignità di Specializzazione al pari di tutte le altre e prevede una graduatoria unica nazionale.

## ► A prova di resistenza

Mi preme sottolineare che per poter intraprendere questa professione non possiamo fare a meno del sostegno economico delle nostre famiglie. Per iscriversi all'Ordine è necessario versare delle quote e, per cominciare a lavorare, bisogna stipu-



lare un'assicurazione per responsabilità civile verso terzi e infortunistica a cui occorre aggiungere la quota per l'ente previdenziale (una contribuzione duplice verso Enpam e verso l'Inps) e può rendersi opportuno anche l'apertura di una partita IVA.

Chi sostituisce un Mmg percepisce una paga giornaliera di circa 70 euro che equivale al salario di un lavoratore dipendente, con la differenza che quest'ultimo ha copertura assicurativa e previdenziale sostenuta dal datore di lavoro. Con queste prospettive diventa impossibile pensare di costruire un futuro e, dopo circa 6 anni di università, è perentorio decidere di continuare a studiare per affrontare uno dei due concorsi di cui sopra.

Una volta abilitati si è disorientati. Per questo ho scelto di impegnarmi attivamente iscrivendomi, oltre che al SIGM e al CNAS, anche al gruppo Smi Formazione e Prospettive, una nuova realtà del sindacato Smi (di cui sono responsabile regionale per la Basilicata) nato proprio per i neoabilitati all'esercizio della professione medica.

Sono proprio queste piccole grandi realtà che permettono a un giovane dottore di districarsi nella fitta foresta dell'incertezza e dello scoramento che purtroppo attanagliano il futuro quantomai incerto di tutti i laureati italiani in Medicina.

# Pesticidi e rischi per la salute

*ISDE Italia ha elaborato il Position Paper "Pesticidi, pratiche agricole, ambiente e salute". Nel documento vengono presentate numerose e documentate informazioni che evidenziano le criticità delle pratiche agroindustriali dannose per la salute dell'uomo, degli animali e degli ecosistemi*

**Roberto Romizi**  
 Presidente  
 Associazione Medici per l'Ambiente  
 (ISDE Italia)



**S**ui suoli italiani vengono distribuiti ogni anno circa 140.000 tonnellate di pesticidi, con una media di circa 5 kg per ettaro e un massimo di oltre 10 kg in Veneto e in provincia di Trento.

Queste sostanze, nate dall'esperienza bellica e utilizzate per difendere le colture da altre forme di vita ritenute dannose, comportano effetti negativi non solo sulle proprietà fisico/chimiche dei suoli, sulla qualità delle acque, ma anche sugli organismi viventi, sugli ecosistemi e sulla stessa salute umana. L'ultimo rapporto dell'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA), ad esempio, ha riscontrato una "ampia diffusione della contaminazione" delle acque italiane trovando residui nel 56.9% delle acque superficiali e nel 31% delle acque sotterranee. Complessivamente sono state ritrovate 175 sostanze, in aumento rispetto agli anni precedenti e ben 36 diversi pesticidi in un unico campione!"

Va anche ricordato che 15 pesticidi, unitamente a diossine e PCB, sono stati inclusi nella Convenzione di Stoccolma stilata per difendere la salute umana dai composti organici persistenti POP's (*Persistent Organic Pollutants*), ma purtroppo l'Italia, pur avendola sottoscritta, è l'unico Paese in Europa a non averla ancora ratificata

## ► Effetti dell'esposizione cronica ai pesticidi

L'esposizione a pesticidi che più interessa per le conseguenze sul-

la salute umana è quella cronica, ovvero quella che avviene a dosi "piccole" e prolungate nel tempo e che può realizzarsi non solo per motivi occupazionali, ma anche per la popolazione generale, stante la presenza di queste molecole non solo nelle matrici ambientali, ma nei nostri stessi corpi, nel cordone ombelicale e nel latte materno.

Va anche ricordato che sono centinaia i principi attivi presenti sul mercato e che sempre nuove molecole vengono immesse; purtroppo i test tossicologici vengono generalmente eseguiti sui singoli composti e non sulle formulazioni commerciali - spesso molto più pericolose - e nulla, o quasi, si sa degli effetti dei cocktail di molecole cui siamo esposti.

Tutto ciò rende indubbiamente complessa la conoscenza dettagliata delle conseguenze dei pesticidi sulla salute umana, è comunque ormai assodato che queste sostanze possono indurre modificazioni genetiche ed epigenetiche, agire come "interferenti endocrini", indurre perturbazioni della conduzione neuronale, alterazione dell'attività enzimatica specie per interferenza con l'acetilcolinesterasi, disfunzioni mitocondriali, stress ossidativo.

Tali effetti si traducono in alterazioni di svariati organi e sistemi dell'organismo umano quali quello nervoso, endocrino, immunitario, riproduttivo, renale, cardiovascolare e respiratorio.

È infatti ormai ampiamente documentato che l'esposizione a pesti-

cidi comporta un incremento di cancro (in particolare tumori del sangue, leucemie, linfomi e mieloma multiplo, ma anche di tutti i tumori nel loro complesso, cancro al polmone, pancreas, colon-retto, vescica, prostata, cervello, melanoma), diabete, patologie respiratorie (asma, bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva), patologie cardiovascolari, disturbi della sfera riproduttiva (infertilità, malformazioni), disfunzioni metaboliche e ormonali (specie della tiroide), malattie neurodegenerative (Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Alzheimer) e soprattutto danni sul cervello in via di sviluppo (disturbi dello spettro autistico, deficit di attenzione e iperattività, dislessia e deficit cognitivi fino alla riduzione del Quoziente Intellettivo - QI).

#### ► Effetti dell'esposizione nelle fasi più precoci di vita

Tali rischi inoltre sono ancora più elevati se l'esposizione avviene nelle fasi più precoci della vita, a cominciare dal periodo embrio-fetale quando l'organismo si sviluppa ancora e qualsiasi cambiamento può risultare in alterazioni permanenti creando disfunzionamenti e malattie più tardi nella vita.

In particolare, l'esposizione durante il primo trimestre di gravidanza è associata a un aumentato rischio di basso peso alla nascita, ridotto sviluppo encefalico, anomalie cognitive e comportamentali. Persino il periodo pre-concezionale viene oggi visto come una finestra temporale sensibile e quindi meritevole di attenzione da parte degli aspiranti genitori.

L'esposizione alimentare per conta-

minazione dei cibi quotidianamente assunti, e il conseguente passaggio transplacentare o attraverso l'allattamento al seno, rappresentano un'importante modalità di assunzione di pesticidi da parte (rispettivamente) dei feti e dei neonati. Il latte materno, dunque, si candida a indicatore ideale della qualità dell'ambiente in cui la madre vive, in quanto in esso si accumulano inquinanti lipofili, come molti pesticidi, diossine o policlorobifenili (PCB). Misure cautelative in queste fasi della vita sono assolutamente necessarie, e possono essere implementate attraverso un'accorta riduzione delle principali modalità di esposizione ai pesticidi: alimentare, residenziale, professionale.

#### ► Conclusioni

In conclusione vogliamo riportare quanto affermato da un Autore di una recente metanalisi dell'Università di Berkeley (<http://rspb.royalsocietypublishing.org/>) che ha esaminato 115 ricerche scientifiche

per confrontare agricoltura biologica e convenzionale: "È importante ricordare che il nostro attuale sistema agricolo produce molto più cibo di quanto sia necessario per sfamare il pianeta. Per sradicare la fame nel mondo è necessario aumentare l'accesso al cibo, non solo la produzione.

Inoltre, aumentare la percentuale di agricoltura che utilizza metodi biologici e sostenibili non è una scelta, è una necessità. Non possiamo semplicemente continuare a produrre cibo senza prenderci cura del nostro suolo, dell'acqua e della biodiversità".

Pertanto, affinché non debba ulteriormente crescere l'elenco delle "lezioni imparare in ritardo da pericoli conosciuti in anticipo" ([www.eea.europa.eu/publications/latelessons-2](http://www.eea.europa.eu/publications/latelessons-2)) crediamo che si debba promuovere senza esitazioni una agricoltura di tipo biologico, la sola in grado di rispettare, ancor prima dell'ambiente, la salute umana e in special modo quella delle generazioni a venire.

#### Bibliografia

- Christensen JS, Askland C et al. Association between organic dietary choice during pregnancy and hypospadias in offspring: a study of mothers of 306 boys operated on for hypospadias. *J Urol* 2013; 189: 1077-82.
- Miligi L, Costantini AS et al. Non-Hodgkin's lymphoma, leukemia, and exposures in agriculture: results from the Italian multicenter case-control study. *Am J Ind Med* 2003; 44: 627-36.
- Miligi L, Costantini AS et al. Cancer and pesticides: an overview and some results of the Italian multicenter case-control study on hematolymphopoietic malignancies. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1076: 366-77.
- Mostafalou S, Abdollahi M. Pesticides and human chronic diseases: evidences, mechanisms, and perspectives. *Toxicol Appl Pharmacol* 2013; 268: 157-77.
- Munoz-Quezada MT, Lucero BA et al. Neurodevelopmental effects in children associated with exposure to organophosphate pesticides: a systematic review. *Neurotoxicology* 2013; 39: 158-68.
- Rauh VA, Perera FP. Brain anomalies in children exposed prenatally to a common organophosphate pesticide. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012; 109: 7871-6.
- Torjusen H, Brantsæter AL et al. Reduced risk of pre-eclampsia with organic vegetable consumption: results from the prospective Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMJ Open* 2014; 4: 9.
- Van Maele-Fabry G, Lantin AC et al. Residential exposure to pesticides and childhood leukaemia: a systematic review and meta-analysis. *Environ Int* 2011; 37: 280-91.
- Weichenthal S, Moase C et al. A review of pesticide exposure and cancer incidence in the Agricultural Health Study cohort. *Environ. Health Perspect* 2010; 2050: 1117-25.
- <http://chm.pops.int/Countries/StatusofRatifications/tabid/252/Default.aspx>
- AA.VV. **Manuale per difendersi dai pesticidi** <http://andiamoavantiornandoindietro.jimdo.com/campagna-informazione/>

# Emilia Romagna: Mmg troppo costosi?

Un medico di famiglia avrebbe un costo pari a due medici ospedalieri. È quanto ha dichiarato di recente l'Assessore alla Salute dell'Emilia Romagna, ma le cose non sembrerebbero stare proprio così

**M**edici di famiglia troppo costosi. È questa la posizione dell'Assessore per le Politiche per la Salute dell'Emilia Romagna, Sergio Venturi: "uno di loro ci costa come due ospedalieri con un contratto full time". Un'affermazione semplicistica secondo il Segretario regionale Smi dell'Emilia Romagna, Alessandro Chiari.

"Bisogna evitare di cadere in luoghi comuni - ha dichiarato Chiari - ed è importante porre la differenza tra il costo del medico e il guadagno del professionista. È facile sostenere che un Mmg costi più di un ospedaliero. Evitiamo scivoloni, perché fino ad oggi gli studi medici o la struttura gestita dal Mmg è in carico al medico stesso, mentre, nell'ambito della medicina ospedaliera, la struttura non è a carico del collega ospedaliero. Quelle di Venturi sembrano essere dichiarazioni poco supportate da un'analisi dettagliata dei costi. Non dimentichiamo che il futuro della Medicina Generale in *team* multiprofessionali renderà sempre più difficile calcolare il carico di lavoro in rapporto all'onorario del medico e l'assessorato dovrebbe tenere in considerazione che il costo è spalmato su una serie di servizi di cui il medico è protagonista. Si può quindi affermare che l'investimento sulla medicina territoriale è un bel semaforo verde: porta a grossi vantaggi. Proprio per



questo è insufficiente valutare il costo di un professionista se non si tiene conto dei carichi di lavoro e della risposta assistenziale che un determinato costo assicura".

## ► La parola ai numeri

Bruno Agnetti, Responsabile Smi per la Medicina Convenzionata, risponde all'affermazione dell'Assessore con una serie di dati. "I costi della mia medicina di gruppo *self made*, cioè non collocata in una struttura pubblica - ha tenuto a precisare Agnetti - nel 2008 sono stati pari a 58.000 euro; nel 2014 sono saliti a 131.000 euro. Cifre che fanno comprendere quanto il Mmg svolga un ruolo di collante sociale e come, proprio in questi anni di crisi, possa essere un motore economico rilevante per la ripresa e la crescita del

territorio. Bisogna però tornare a valorizzarlo. Ma per chi ha scommesso sulla medicina *self made*, i costi sono diventati insostenibili a fronte di altre cifre che confermano una categoria a più velocità. Recenti studi pubblicati sulla stampa di settore mostrano che un Mmg con 1.500 assistiti e con 27 anni di anzianità riceve una busta paga inferiore del 29% rispetto a quella di un collega dirigente di struttura sanitaria semplice con anzianità di 20-25 anni di servizio. Ciò non toglie che siamo disponibili a partecipare ai processi di crescita dell'assistenza di gruppo e territoriale a patto che ci sia la volontà, il coraggio e la trasparenza di passare da un paradigma del risparmio *tout court* a uno fondato sugli investimenti, per favorire un settore di vera produttività economica. In quest'ottica, abbiamo modelli costruiti sulla legislazione in vigore (Aft, Uccp, Case della Salute) e, tabelle alla mano, siamo in grado di offrire significativi risparmi, a patto di ricevere un iniziale fondo di rotazione, riassorbibile, secondo i nostri studi, nell'arco di 5-6 anni".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista ad Alessandro Chiari e Bruno Agnetti

# AGGIORNAMENTI



## ■ ALLERGOLOGIA

*Reazioni allergiche da punture di imenotteri*

## ■ DIABETOLOGIA

*Il rene da organo bersaglio a target terapeutico*

## ■ FARMACOLOGIA

*Interazione farmaci-alcol sottovalutate in pratica clinica*

## ■ GINECOLOGIA

*Contraccezione ormonale a regime prolungato*

## ■ LIPIDOLOGIA

*Una Consensus sui sintomi muscolari associati a statine*

## ■ NEUROLOGIA

*Sclerosi multipla: esperienza italiana con alemtuzumab*

## ■ MALATTIE RESPIRATORIE

*Migliorare la gestione delle riacutizzazioni della BPCO*

## ■ ALLERGOLOGIA

### Reazioni allergiche da punture di imenotteri

Nel nostro Paese e nel territorio europeo api, vespe e calabroni sono gli imenotteri che più frequentemente possono indurre reazioni allergiche. Tuttavia alcuni dati suggeriscono che questa problematica clinica viene spesso sottovalutata. Proprio per creare formazione e informazione 25 centri allergologici italiani specializzati nella diagnosi e terapia dell'allergia al veleno di imenotteri hanno dato vita ad una "rete" di riferimento "Punto nel Vivo".

"Sono oltre 5 milioni gli italiani che ogni anno vengono punti - dichiara la Dott.ssa **Maria Beatrice Bilò**, coordinatrice della campagna Punto nel Vivo e specialista in Allergologia degli Ospedali Riuniti di Ancona - ma si stima che da 1 a 8 su 100 persone sviluppi una reazione allergica senza essere a conoscenza delle conseguenze. L'allergia al veleno di imenotteri può provocare reazioni localizzate (dal 2,4% al 26%) o severe reazioni sistemiche (dall'1% al 8,9%) di tipo respiratorio e cardiocircolatorio che si possono complicare fino alla morte, con circa 10 decessi/anno accertati in Italia".

Si calcola che fra tutte le reazioni allergiche gravi causa di accesso al Pronto Soccorso le punture di imenotteri rappresentino circa il 36%. Al contempo dati americani segna-

lano che molti pazienti con reazioni importanti non afferiscono ai PS, mentre circa il 40% della popolazione che accede alle cure urgenti per una reazione da veleno di imenottero aveva già avuto una precedente reazione e solo al 20% di questi viene indicato di fare ricorso allo specialista di riferimento.

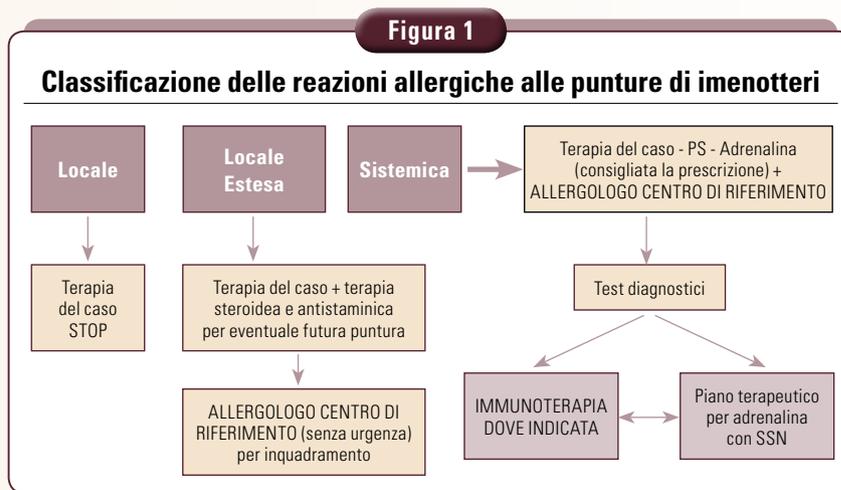
#### ► **Raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche**

Il Mmg è una figura centrale nell'indirizzare il paziente verso un corretto percorso diagnostico e terapeutico. Su questa base il network di esperti ha condotto una indagine che ha coinvolto oltre 1000 Mmg per verificare conoscenze ed eventuali necessità di approfondimenti

clinici e terapeutici. L'analisi dei risultati ha evidenziato che il 74% dei Mmg vede fino a 10 pazienti/anno con reazione locale estesa, pertanto tale allergia sembrerebbe essere sottostimata. Dalla survey nasce anche la richiesta dei Mmg di essere informati sulla classificazione delle reazioni allergiche alla puntura di imenotteri e su quali siano i pazienti da inviare all'attenzione dello specialista. Inoltre, l'80% è a conoscenza dell'adrenalina autoiniezzabile mentre solo il 36% conosce bene o abbastanza bene l'esistenza dell'immunoterapia allergene specifica (AIT) per il veleno di imenotteri.

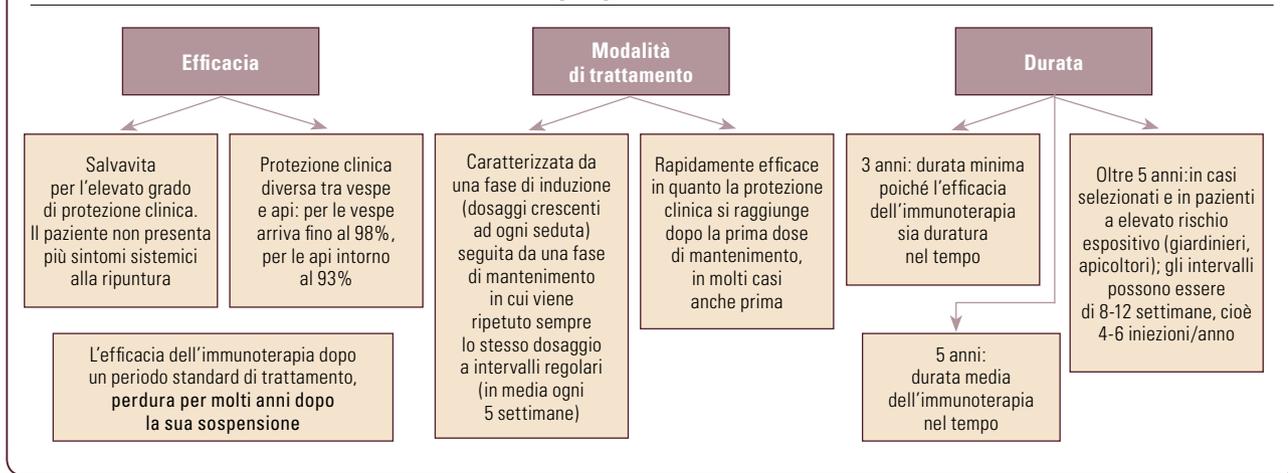
Sulla base dei risultati gli esperti hanno messo a punto alcune indicazioni cliniche e terapeutiche, che comprendono in primo luogo la classificazione delle reazioni allergiche (figura 1), che vengono distinte in:

- locali estese (diametro >10 cm) che solitamente interessano un intero distretto corporeo;
- sistemiche con coinvolgimento di più apparati (cutaneo/mucoso, vascolare, gastroenterico, respirato-



**Figura 2**

## Immunoterapia per veleno di imenotteri



rio) che possono portare alla perdita di conoscenza e al cosiddetto shock anafilattico.

Gli esperti hanno poi redatto le raccomandazioni terapeutiche segnalando quanto sia fondamentale favorire l'informazione sull'autoiniettore di adrenalina, soprattutto per le reazioni sistemiche.

**Valerio Pravettoni**, specialista in Allergologia dell'Ospedale Maggio-

Poliniclinico di Milano e membro del network spiega che "Si tratta a tutti gli effetti di un presidio salvavita che consente di iniettare l'adrenalina in circa 10 secondi, in modo da "limitare" i sintomi delle reazioni allergiche più gravi. Laddove necessario, il clinico prescriverà al paziente allergico l'autoiniettore, istruendolo su come e quando utilizzarlo, consigliandogli di portarlo sempre

con sé. L'AIT invece è l'unica terapia in grado di modificare la risposta immunitaria nei soggetti allergici, portando alla protezione clinica del paziente (figura 2), e raccomandata a soggetti con reazioni sistemiche e test cutanei o sierologici positivi. L'indicazione è estesa anche a pazienti con reazione sistemica non pericolosa per la vita (per esempio orticaria), che presentino fattori di rischio quali attività lavorativa, hobbies, presenza di patologie cardiovascolari. Generalmente la durata del trattamento è di almeno 5 anni e l'efficacia protettiva è stimata fino al 98% a seconda del tipo di veleno coinvolto (vespa più protettivo che ape)".

### "Punto nel Vivo", la campagna informativa

Prevenzione, diagnosi e cura delle reazioni allergiche da punture di imenotteri (ape, vespa, calabrone). È l'obiettivo della campagna d'informazione "Punto nel Vivo", promossa da "25 esperti" dei principali Centri Allergologici specializzati nella diagnosi e terapia dell'allergia al veleno di imenotteri patrocinata da FederAsma e Allergie Onlus - Federazione Italiana Pazienti.

Partendo da Facebook ([www.facebook.com/puntonelvivo](http://www.facebook.com/puntonelvivo)) come canale di comunicazione fruibile dai cittadini, l'iniziativa punta anche all'informazione e formazione dei professionisti della salute coinvolti nel percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti allergici a veleno di imenotteri coinvolgendo Mmg, allergologi e medici di Pronto Soccorso. Per tutti i mesi estivi verranno diffusi in oltre 150 PS materiali informativi sulla allergia al veleno di imenotteri.



Scarica le flow-chart diagnostico-terapeutiche e l'elenco dei 25 centri di allergologia promotori del progetto

## ■ DIABETOLOGIA

### Il rene da organo bersaglio a target terapeutico

**A**l puzzle del trattamento del diabete mellito di tipo 2 si è aggiunta un nuovo tassello. È ora disponibile anche in Italia, dapagliflozin, farmaco orale (cp 5 o 10 mg/1 die indipendentemente dai pasti) indicato in monoterapia nei pazienti intolleranti a metformina, nei quali dieta ed esercizio fisico non forniscono un adeguato controllo glicemico. Può essere utilizzato anche in associazione ad altri antidiabetici, tra cui l'insulina, quando questi farmaci, unitamente ai corretti stili di vita, non forniscono un adeguato controllo della malattia.

Dapagliflozin è *first in class* degli inibitori del co-trasportatore SGLT2, la proteina responsabile del 90% dell'assorbimento del glucosio da parte dei reni.

La nuova classe di farmaci, bloccando questo co-trasportatore, fa sì che più glucosio insieme al sodio siano eliminati con le urine, con un effetto ipoglicemizzante associato anche a un effetto diuretico. Il farmaco ha dimostrato di essere in grado di ridurre l'HbA1c e di mantenere nel tempo il controllo glicemico, con l'ulteriore vantaggio del calo ponderale (fino a 3.2 kg, di cui >67% è massa grassa) e di una di-

minuzione della PA (circa 3.7 mmHg).

"Dapagliflozini è un farmaco dalla potente efficacia. Gli studi di registrazione dimostrano che la dose di 10 mg ha la stessa efficacia di circa 20 unità di insulina e dunque è una opzione da non sottovalutare" - dichiara il Presidente di "Diabete Italia" **Salvatore Caputo**. "L'efficacia della molecola è stata valutata in studi molto solidi che hanno anche evidenziato la persistenza della durata d'azione a 4 anni, un dato che non si riscontra molto comunemente. L'aumento delle infezioni genitali (vaginiti e balaniti) è l'unico effetto collaterale possibile riscontrato ed è la conseguenza della perdita di glucosio con le urine. L'unica raccomandazione all'atto della prescrizione è quella di rafforzare il consiglio - che dovrebbe comunque essere rivolto a tutti i diabetici - di assicurarsi una ottima igiene locale, per il possibile aumento di infezioni genitali. Inoltre non sono stati registrati eventi legati a una perdita eccessiva di liquidi".

#### ► Dall'albero alla terapia

Il meccanismo d'azione di dapagliflozin è stato sviluppato a partire

dalla florizina, una sostanza naturale che si trova nella corteccia degli alberi di mele e che se, assunta in dosi elevate, provoca l'escrezione del glucosio nelle urine. La nuova classe terapeutica degli inibitori del co-trasportatore di sodio-glucosio di tipo 2 permette di perdere il glucosio con le urine non solo per glicemie molto alte, come normalmente avviene in chi ha il diabete, ma anche in presenza di glicemie di poco elevate, senza mai indurre ipoglicemia. Ovviamente con gli zuccheri si eliminano anche calorie, e quindi peso. La nuova molecola agisce senza interferire con altri meccanismi di controllo della glicemia, in particolare con l'insulina, e ciò costituisce un vantaggio terapeutico: si favorisce la combinazione con altri farmaci e la personalizzazione della terapia sulla base del quadro clinico e dello stile di vita del paziente.

#### Bibliografia

- Jabbour SA et al. *Diabetes Care* 2014; 37: 740-50.
- Komoroski BJ et al. *Clin Pharmacol Ther* 2009; 85: 520-6.
- Meng W et al. *J Med Chem* 2008; 51: 1145.
- Strojek K et al. *Diabetes Obes Metab* 2011; 13: 928-38.
- Washburn W. *J Med Chem* 2009; 52: 1785.



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

## ■ FARMACOLOGIA

### Interazione farmaci-alcol sottovalutate in pratica clinica

■ **Patrizia Lattuada**

**I**l 42% circa degli americani adulti che abitualmente fa uso di alcolici (71% della popolazione adulta) ha assunto uno o più farmaci che interagiscono negativamente con l'alcol, causando numerosi problemi clinici: nausea, mal di testa, perdita di coordinamento, difficoltà respiratorie e cardiovascolari ed emorragie. La percentuale aumenta sino a circa l'80% se si considerano i soggetti con età >65 anni. L'allarmante panoramica emerge da un'indagine coordinata dai National

Institutes of Health di Bethesda che ha utilizzato i dati 1999-2010 dello studio NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) per verificare quanto sia frequente tra i consumatori abituali di bevande alcoliche la prescrizione di farmaci a rischio di interazioni con l'alcol stesso.

#### ► La ricerca

La coorte esaminata nello studio era composta da 26,657 adulti con età >20 anni (51% maschi, 76.7% degli

uomini e 65.7% delle donne consumatori abituali di alcol), 7.183 dei quali con una età >65 anni (46.6% consumatori abituali di alcol).

Di ciascuno di loro erano disponibili informazioni sul consumo di alcol nell'ultimo anno e sulla prescrizione di farmaci nel mese precedente. Dopo la correzione per i fattori di confondimento, è emersa un'elevata prevalenza dell'uso concomitante di alcol e farmaci a rischio di potenziali interazioni (41.5%), maggiore nel sottogruppo degli ultrasessantacinquenni (77.8).

Tra i farmaci di impiego più comune, potenzialmente interattivi con l'alcol, c'erano quelli per il trattamento di malattie cardiovascolari (23.8%), del sistema nervoso centrale (14.6%) o del metabolismo (14.2%).

#### ► Conclusioni

Il consumo di bevande alcoliche è diffuso tra gli statunitensi, così come tra la popolazione generale di molti Paesi nel mondo. Gli autori dello studio concludono affermando che all'atto della prescrizione di un farmaco potenzialmente interattivo con l'alcol, questa abitudine dovrebbe essere indagata e considerata all'interno del rapporto medico-paziente e che quest'ultimo dovrebbe essere correttamente informato dei possibili effetti pericolosi per la sua salute.

#### Effetti in acuto dell'alcol sul metabolismo epatico dei farmaci

• Paracetamolo	→	Aumento della tossicità
• Aspirina	→	Allungamento del tempo di sanguinamento
• Eparina	→	Allungamento del tempo di sanguinamento
• Tolbutamide	→	Potenziamento dell'ipoglicemia
• Antidepressivi	→	Potenziamento dell'effetto
• Benzodiazepine	→	Riduzione della clearance, aumentata sedazione
• Barbiturici	→	Aumento dell'emivita
• Antistaminici	→	Potenziamento dell'effetto
• Fenotiazina	→	Aumento degli effetti extrapiramidali
• Cimetidina	→	Aumento delle concentrazioni plasmatiche
• Propranololo	→	Riduzione della clearance
• Fenitoina	→	Riduzione della clearance

*Meier & Seitz, Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008*

#### Bibliografia

- Breslow RA, Dong C, White A. Prevalence of alcohol-interactive prescription medication use among current drinkers: United States, 1999 to 2010. *Alc Clin Exper Res* 2015; doi:10.1111/acer.12633

## ■ GINECOLOGIA

### Contracezione ormonale a regime prolungato

**I**l mondo della contraccezione è in continua evoluzione, come testimonia la disponibilità di prodotti innovativi, utilizzabili non solo per una maternità consapevole, ma anche come strumento terapeutico.

Nella cornice del VII Congresso nazionale della Società Italiana della Contracezione – SIC - (Bologna, 7-9/5/2015) è stato presentato un nuovo contraccettivo orale a regime prolungato per 91 giorni, costituito da un'associazione a dose fissa di levonorgestrel 150 µg/etinilestradiolo 30 µg (84 giorni), seguiti da etinilestradiolo 10 µg (7 giorni). Il levonorgestrel è un progestinico noto per inibire l'ovulazione, mentre l'etinilestradiolo, un estrogeno, a bassa dose assicura il controllo soddisfacente sulla soppressione dei follicoli ovarici e fornisce stabilità all'endometrio, al fine di ridurre al minimo il sanguinamento da rottura. Per via del basso contenuto di estrogeni, il preparato fa parte dei cosiddetti contraccettivi orali combinati a bassa dose.

In pratica il regime prolungato consente alle donne di avere quattro cicli programmati in un anno e di evitare i sintomi da sospensione che possono derivare da una brusca interruzione degli ormoni.

Il nuovo contraccettivo ormonale è supportata da studi clinici estensivi e dall'esperienza sul campo. Se assunto correttamente la sua percentuale di efficacia contraccettiva è del 99% (sospesa l'assunzione, la donna può da subito rimanere incinta).

#### ► Commenti degli esperti italiani

Positive le osservazioni della comunità ginecologica italiana. Il Prof. **Annibale Volpe**, Past President della SIC puntualizza infatti che "grazie alla modalità di assunzione senza pausa per tre mesi, questo contraccettivo che riduce a un solo sanguinamento trimestrale la mestruazione, consente non solo di limitare il dolore associato in taluni casi alla sindrome premenstruale, ma anche di determinare un beneficio in termini di anemia da carenza da ferro e una minor limitazione alla vita attiva e sportiva delle donne".

Gli fa eco il Prof. **Angelo Cagnacci** - Università degli Studi di Modena: "È stato dimostrato che prolungare l'intervallo tra i flussi mestruali indotti dalla sospensione della contraccezione ormonale non ha effetti negativi sulla salute della donna.

Anzi, aiuta a ridurre i disturbi e le patologie che trovano nella comparsa del flusso mestruale un loro meccanismo d'azione".

"Al di là delle scelte soggettive, che possono più o meno essere legate a esigenze di una vita particolarmente attiva e dinamica" precisa la Prof. **Rossella Nappi**, Università degli Studi di Pavia, "è anche un buon compromesso per quelle donne che comunque vogliono mantenere il sanguinamento: il ciclo ogni tre mesi, reso meno doloroso grazie all'assunzione di estrogeni anche nei sette giorni di sospensione, garantisce un ritmo costante e allo stesso tempo influenza positivamente il senso di salute e la vita sociale e di coppia. Inoltre il 10% delle donne, mensilmente, accusa sintomi (emicrania, dolori addominali, flussi molto abbondanti) quando ha la mestruazione, che possono costringerla a rimanere a letto 1-2 giorni al mese. È un impatto molto forte anche sul versante economico e sociale: ci sono donne costrette a perdere giorni di lavoro, e a ricorrere ad un elevato consumo di analgesici".

L'innovativa modalità di somministrazione potrebbe consentire anche una maggiore garanzia di corretta aderenza al metodo.

#### Bibliografia

- Benagiano G et al. *Patient Prefer Adherence* 2009; 3:131-143.
- Grandi et al. *J Pain Res* 2012; 5:169-174.
- Read CM. *Eur J Contr Reprod H Care* 2010; 15(S2):S32-S41
- Vincent K. *PAIN* 2011; 152:1966-1975.

## ■ LIPIDOLOGIA

### Una Consensus sui sintomi muscolari associati a statine

**È** stata recentemente pubblicata una Consensus per la gestione dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare che riportano sintomi muscolari durante il trattamento con statine (*Eur Heart J* 2015; 36: 1012-1022).

Tra gli effetti collaterali delle statine i sintomi muscolari sono i più frequenti. Tuttavia, mentre i trial controllati ne riportano tassi analoghi al placebo, nei setting di "real life", i sintomi muscolari risultano invariabilmente più diffusi (7-29% dei pazienti).

"Gli obiettivi di queste linee guida - spiega **Alberto Corsini**, Ordinario di Farmacologia presso l'Università degli Studi di Milano - sono quelli di:

- fornire una visione osservazionale, cioè confermare il fatto che l'incidenza di questa miopatia indotta da statine è effettivamente dal 7% al 30%, cioè un problema molto sentito da medici e pazienti;
- dare una diagnosi corretta, cioè definire il sintomo muscolare legato temporalmente alle statine e, una volta fatta questa diagnosi, con diverse classificazioni (mialgia, miosite, rabdomiolisi);
- considerare le strategie.

Soprattutto - continua Corsini - è stato redatto un capitolo molto importante sulla fisiopatologia e sulla parte

genetica, con tutta una serie di considerazioni su quali siano le cause della sintomatologia muscolare, tenendo conto anche in importante considerazione l'eventuale politerapia e l'interazione tra farmaci".

Tipicamente i pazienti che riportano sintomi muscolari associati a statine sono più anziani (età >75 anni), donne, con un basso BMI e di origine asiatica. Una storia di aumento della creatin-kinasi (CK) o di dolore muscolare, articolare o tendineo inspiegato, difetti muscolari o neuromuscolari o sintomi muscolari insorti con altre terapie ipolipemizzanti possono essere altri fattori che contribuiscono a un aumentato rischio. Possono predisporre al rischio anche il trattamento con statine ad alte dosi o con politerapia, specialmente con farmaci che interagiscono con statine e il consumo di pompelmo o di succo di mirtillo rosso, che potrebbero interferire con il metabolismo di questi farmaci.

#### ► Tipici segnali

I segni tipici sono dolore muscolare e debolezza, solitamente simmetrici e a livello di cosce, natiche, polpacci e schiena.

Il Panel raccomanda di valutare i pa-

zienti sulla base dei fattori di rischio, escludendo le cause secondarie (ipotiroidismo, polimialgia reumatica o aumento dell'attività fisica) e di considerare altri farmaci che potrebbero interferire con le statine.

In pazienti ad alto rischio cardiovascolare, la sospensione della terapia con statine, seguita da uno o più nuovi tentativi, dopo wash-out, con una statina, potrebbe aiutare a determinare la causalità.

Se l'associazione con il trattamento ipocolesterolemizzante è appurato, in questi pazienti ad alto rischio è consigliabile ridurre la dose di statina (la stessa o un'altra) o calibrare il dosaggio con una statina ad alta potenza con una lunga emivita a giorni alternati o due volte a settimana. Eventualmente sono anche raccomandati ipolipemizzanti diversi da statine, con ezetimibe come prima scelta.

Viene inoltre sottolineato che in pazienti con elevazione di CK persistente, è consigliabile il ricorso a uno specialista neuromuscolare per valutare la presenza di problemi muscolari sottostanti. Nei rari casi in cui il paziente ha dolore muscolare grave, debolezza generale e segni di mioglobina nelle urine (urine color tè), deve essere sospettata una rabdomiolisi e la terapia con statine non deve essere ricominciata.



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

## ■ NEUROLOGIA

### Sclerosi multipla: esperienza italiana con alemtuzumab

Supportato da un programma di sviluppo clinico che ha coinvolto nel mondo circa 1.500 pazienti e 5.400 pazienti-anno di follow-up, alemtuzumab, anticorpo monoclonale iniettivo indicato nei pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante remittente (SMRR), ha ottenuto la rimborsabilità da parte di AIFA.

“Oggi siamo in grado di affermare che il farmaco è estremamente efficace nel ridurre le ricadute e le disabilità dovute alla malattia” dichiara a **M.D. Maria Giovanna Marrosu**, Direttrice del Centro Sclerosi Multipla dell’Ospedale Binaghi di Cagliari. “Inoltre la modalità di somministrazione unica nel panorama terapeutico della malattia (infusione endovenosa da somministrare solo 5 volte - in 5 giornate consecutive il primo anno di trattamento e 3 volte il secondo anno) rende questo farmaco estremamente ‘gradito’ ai pazienti: in pratica per un anno possono dimenticare la loro malattia”. L’efficacia del trattamento si protrae anche negli anni successivi (al momento il massimo periodo di osservazione degli studi è di 5 anni).

Il nuovo anticorpo monoclonale,

che va dunque ad aggiungersi all’armamentario terapeutico per la SM, ha un’azione immunosoppressiva importante in quanto colpisce le cellule patogeneticamente rilevanti (infociti T e B). Colpendo e sopprimendo le cellule immunocompetenti, rimuove l’errore primitivo, la causa primigenia della malattia. Ovviamente non è una molecola adatta a tutti i pazienti perché, come sempre in medicina, l’efficacia è proporzionale al rischio di eventi avversi. Per questo allo stato attuale i pazienti che beneficranno maggiormente del farmaco sono quelli con chiare evidenze di fattori prognostici negativi.

#### ▶ Esperienza nella real life

“Il Centro Sclerosi Multipla di Cagliari segue dal 2009 sei giovani donne che hanno partecipato alle sperimentazioni cliniche (fase 3) riguardanti alemtuzumab e con un basso grado di disabilità al reclutamento” - continua la Dott.ssa Marrosu. Quattro pazienti sono state randomizzate per ricevere alemtuzumab, due per interferone fino all’estate del 2011, quando sono passate anch’esse al nuovo far-

maco. Durante lo studio - oltre ai dati alla RM, i controlli clinici per la valutazione della disabilità e delle ricadute e i controlli ematici - le pazienti sono state sottoposte a monitoraggio della qualità della vita, utilizzando questionari standardizzati specificamente indirizzati a verificare il benessere fisico, emotivo, sociale e lavorativo in persone con SM.

All’inizio dello studio quattro delle pazienti erano impegnate in attività lavorative; attualmente una di loro ha smesso di lavorare per scelta personale dopo la nascita di un bambino. Delle due pazienti che non lavorano, una è studentessa universitaria e un’altra casalinga. Per tutta la durata dello studio, e fino a oggi, tutte le donne hanno continuato in pieno la loro attività e nessuna ha rilevato difficoltà nel proprio lavoro.

Due pazienti hanno pianificato una gravidanza: una ha partorito 26 mesi dopo l’ultimo ciclo di alemtuzumab, l’altra 42 mesi dopo. In entrambi casi i due bambini sono sani. Le pazienti vengono sottoposte a un accurato monitoraggio per gli eventuali effetti collaterali: per questo occorre che ci sia la massima aderenza al follow-up da parte dei pazienti”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l’intervista a Maria Giovanna Marrosu

## ■ MALATTIE RESPIRATORIE

### Migliorare la gestione delle riacutizzazioni della BPCO

**L**a broncopneumopatia cronica istruttiva (BPCO) rappresenta una patologia cronica da indagare e affrontare in maniera globale, poiché la scarsa consapevolezza dei fattori di rischio e dell'efficacia dei trattamenti, oltre all'insufficiente ricorso alla spirometria fanno sì che la malattia sia ancora oggi sottodiagnosticata.

Come noto, inoltre, le riacutizzazioni di BPCO possono comportare declino della funzionalità respiratoria, peggioramento della qualità di vita e aumento della mortalità dei pazienti ricoverati per esacerbazione di malattia (fino all'11%). Per affrontare al meglio questa grave problematica clinica andrebbe migliorato il management complessivo, in particolare gli aspetti di appropriatezza diagnostica-terapeutica. Sulla base di queste riflessioni è stato avviato il progetto "Riacutizzazione in broncopneumopatia cronica istruttiva", nato dalla collaborazione tra la Cattedra di Malattie Respiratorie del Dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche dell'Università di Foggia, diretta dalla Prof.ssa **Maria Pia Foschino** e Ares, Agenzia Regionale Sanitaria Pugliese.

#### ► Il progetto

"Si tratta di un'indagine osservazionale della durata di un anno, che coinvolge centri pneumologici territoriali e ospedalieri distribuiti su tutto il territorio regionale", spiega la Prof.ssa Foschino. "L'obiettivo principale è quello di implementare l'uniformità di gestione della broncopneumopatia cronica istruttiva con particolare riferimento alle riacutizzazioni, al fine di fornire ai decisori politici utili informazioni per l'attuazione di adeguate misure di politica sanitaria regionale".

Anche le risorse sanitarie associate alle riacutizzazioni sono oggi un importante indicatore di appropriatezza sulla "governance respiratoria" da parte dei vari SSR. Il progetto risponde a un bisogno specifico di fornire una piattaforma condivisa di raccolta e analisi di dati sulle riacutizzazioni, che aiuti i clinici e le istituzioni a rendere sempre più efficace ed efficiente l'offerta di salute per i pazienti.

L'iniziativa è realizzata attraverso una piattaforma tecnologica messa a punto dal Consorzio Interuniversitario Cineca. "La piattaforma - chiarisce la Dott.ssa **Marisa De Rosa**, Direttore Dipartimento Sa-

nità - consente agli pneumologi l'inserimento, la gestione e l'analisi dei dati via web. I dati vengono inseriti tramite schede elettroniche e trasferiti al Data Center del Cineca dove vengono resi disponibili per la consultazione e l'analisi in modalità sicura. Nella piattaforma (<http://lab-bpco.cineca.it>) le schede di raccolta dati sono suddivise in tre sezioni: registrazione, visita, follow-up.

#### ► Mancata aderenza

I dati relativi all'aderenza alle cure per BPCO sono allarmanti: solo il 14.3% dei pazienti in terapia assume farmaci con regolarità e il 50% segue la cura al massimo per tre mesi/anno. Le ricadute economiche sul Servizio sanitario nazionale sono preoccupanti: si calcola che un paziente costi 2.723 euro e le ospedalizzazioni per mancato controllo della patologia rappresentano la voce più significativa nel bilancio, il 70%.

"I casi di broncopneumopatia cronica istruttiva diagnosticati e adeguatamente trattati - evidenzia la Prof.ssa Foschino - sono meno del 50% di quelli stimati negli studi epidemiologici. Questo perché i sintomi compaiono quando l'ostruzione bronchiale è già in fase avanzata e le possibilità di arrestare la progressione della malattia si riducono. Oltre a ciò non va trascurata un'insufficiente sensibilizzazione della classe medica e della popolazione generale nei confronti di questa malattia".

# Strategie di screening e di prevenzione del diabete di tipo 2

L'approccio proattivo del Mmg verso lo screening del diabete e soprattutto l'effettuazione dell'OGTT nei soggetti con alterata glicemia a digiuno favoriscono la diagnosi precoce del DMT2, riducendo la percentuale dei casi di diabete non diagnosticato, come dimostrato dai risultati di questo studio osservazionale condotto nel setting delle cure primarie

**Tindaro Iraci**

*Medico di medicina generale, Diabetologo - Area Metabolica SIMG Palermo*

È ben noto che il diabete mellito di tipo 2 (DMT2) è una patologia cronica ad alta prevalenza costantemente in crescita e altamente costosa in termini di morbilità e mortalità. È evidente che occorre promuovere interventi di prevenzione, ma altrettanto importante è implementare programmi di screening volti alla diagnosi precoce di questa patologia che, come evidenziato in letteratura, nel 30% dei casi non viene diagnosticata.

La Medicina Generale è il setting privilegiato per la realizzazione di programmi di screening per la diagnosi precoce di diabete e di quelle alterazioni del metabolismo glucidico che sebbene non ancora diagnostiche per diabete predicono lo sviluppo futuro della malattia.

La coorte di soggetti con condizioni di disglicemia, che hanno valore predittivo positivo nei confronti dello sviluppo di diabete, è quella verso la quale il Mmg dovrebbe maggiormente rivolgere gli interventi di prevenzione primaria (dieta e attività fisica).

L'intervento dietetico dovrebbe essere caratterizzato da una modesta restrizione calorica (con l'obiettivo di

un calo ponderale del 5-7%), dalla riduzione dell'apporto totale di grassi, particolarmente dei grassi saturi, dall'aumento delle fibre vegetali; l'attività fisica dovrebbe essere di moderata intensità, di tipo aerobico e della durata di almeno 20-30 minuti/die o 150 minuti/settimana.<sup>1-2</sup>

Altrettanto importanti, in questi soggetti, è intervenire in prevenzione secondaria per la correzione degli altri fattori di rischio cardiometabolico presenti: ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, ecc.

## ► Diagnosi tardive nella real life

È altrettanto noto che il DMT2 è preceduto da una lunga fase asintomatica, nella quale la malattia può essere diagnosticata solo se attivamente ricercata attraverso procedure di screening. I programmi di screening raccomandati nella popolazione generale sono quelli rivolti alle persone ad alto rischio di diabete (screening selettivi), effettuati in ambito sanitario in occasione di un controllo medico (screening opportunistici).

Tuttavia nella real life la diagnosi è spesso tardiva e qualche volta preceduta dalla comparsa delle compli-

canze, mentre sarebbe opportuna una diagnosi precoce di diabete che consentisse di raggiungere un ottimale compenso glicemico fin dalle prime fasi di malattia per ridurre l'insorgenza delle complicanze a lungo termine.

In occasione dello screening si potrebbero individuare altre condizioni di disglicemia come una alterata glicemia a digiuno (IFG), una ridotta tolleranza agli idrati di carbonio (IGT), oppure una emoglobina glicata (HbA1c) nel range 42 mmol/mol (6.0%) e 48 mmol/mol (6.49%)<sup>3</sup>, cioè condizioni che non sono diagnostiche per diabete, ma predicono lo sviluppo futuro di malattia, alle quali dovrebbero essere rivolti interventi di prevenzione.

## Definizioni

- L'alterata glicemia a digiuno (IFG) (glicemia a digiuno compresa tra 100 e 125 mg/dl) indica un valore glicemico a digiuno superiore alla normalità, ma non sufficiente per porre diagnosi di diabete.
- La ridotta tolleranza al glucosio (IGT) indica un grado di tolleranza glucidica che, sebbene anorma-

le, non soddisfa i criteri per la diagnosi di diabete mellito e non appare correlata al rischio di complicanze microangiopatiche. L'IGT viene diagnosticato mediante curva da carico orale di glucosio (Oral Glucose Tolerance Test o OGTT) in presenza di un valore glicemico a digiuno inferiore a 126 mg/dl e di un valore glicemico a 2 h dal carico di glucosio compreso tra 140 e 199 mg/dl.

Le basi fisiopatologiche di queste due condizioni metaboliche sono differenti.

In Italia, si stima che il 20-25% dei soggetti con IFG e/o IGT sviluppino il diabete nell'arco di 10 anni, con un'incidenza cumulativa più elevata nei soggetti che presentano entrambe le condizioni.

### ► Studio osservazionale "Screening Diabete Palermo"

Nell'ambito della SIMG di Palermo è stato progettato uno studio osservazionale condotto da 20 medici di medicina generale con l'obiettivo di effettuare, in soggetti ad alto rischio una diagnosi precoce di DMT2 e delle altre alterazioni della regolazione glicemica (IFG, IGT e HbA1c 42-48 mmol/mol).

Il programma di screening si è sviluppato in due fasi:

- 1<sup>a</sup> fase: individuazione dei soggetti ad alto rischio di diabete, attraverso l'analisi delle banche dati dei medici di medicina generale.
- 2<sup>a</sup> fase: esecuzione dei test di screening per la diagnosi precoce di DMT2 e delle altre alterazioni della regolazione glicemica (IFG, IGT, HbA1c 42-48 mmol/mol).

Nell'individuare i soggetti a rischio per lo sviluppo di DMT2 particola-

re rilevanza assume il Body Mass Index.

Vengono infatti considerati a rischio i soggetti di tutte le età con BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> e almeno uno dei fattori di rischio noti per diabete (inattività fisica, ipertensione arteriosa, bassi livelli di HDL-C, ipertrigliceridemia, presenza di eventi cardiovascolari; nella donna pregresso diabete gestazionale; altre condizioni di insulino-resistenza come la sindrome dell'ovaio policistico e l'acanthosis nigricans; evidenza da test precedenti di alterata glicemia a digiuno, ridotta tolleranza agli idrati di carbonio, emoglobina glicata compresa tra 42 mmol/mol e 48 mmol/mol). In assenza del criterio precedente, per il fatto che l'età rappresenti un fattore di rischio maggiore per diabete, lo screening deve essere iniziato in tutti i soggetti di età  $\geq 45$  anni (tabella 1).

Individuati i soggetti a rischio occorre procedere all'esecuzione dei test di screening.

I programmi di screening dei soggetti ad alto rischio di diabete pos-

sono essere basati sulla determinazione della glicemia a digiuno, della curva da carico orale di glucosio (OGTT) e dell'emoglobina glicata.

Il dosaggio della emoglobina glicata deve essere standardizzato e allineato alla nuova metodica IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) ed espresso in mmol/mol<sup>4</sup>.

In caso di glicemia  $< 100$  mg/dl o HbA1c  $< 42$  mmol/moli si è in una condizione di normale tolleranza al glucosio (NGT).

Se la glicemia sarà  $\geq 126$  mg/dl o l'HbA1c  $\geq 48$  mmol/moli, in almeno 2 occasioni quando sono assenti sintomi tipici della malattia, si pone diagnosi di diabete.

Se la glicemia sarà compresa tra 100 e 125 mg/dl (IFG) o HbA1c tra 42 e 48 mmol/moli, è indicata la curva da carico orale di glucosio (OGTT).

Questo è un punto cruciale, infatti nei soggetti ad alto rischio di diabete con IFG, la curva da carico orale di glucosio consente una migliore definizione diagnostica, in

Tabella 1

#### Soggetti ad alto rischio di diabete

##### BMI $\geq 25$ kg/m<sup>2</sup> e una o più tra le seguenti condizioni

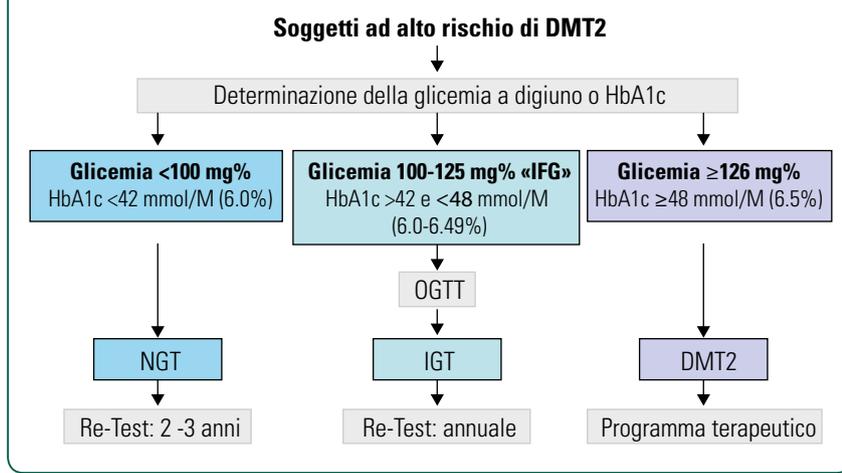
- inattività fisica
- familiarità di primo grado per diabete tipo 2 (genitori, fratelli)
- appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio
- ipertensione arteriosa ( $\geq 140/90$  mmHg) o terapia antipertensiva in atto
- bassi livelli di colesterolo HDL ( $< 35$  mg/dl) e/o elevati valori di trigliceridi ( $> 250$  mg/dl)
- nella donna: parto di un neonato di peso  $> 4$  kg o pregresso diabete gestazionale
- sindrome dell'ovaio policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'acanthosis nigricans
- evidenza clinica di malattie cardiovascolari
- HbA1c  $\geq 39$  mmol/mol (5.7%), IGT o IFG in un precedente test di screening

##### In assenza del credito precedente lo screening dovrebbe iniziare all'età di 45 anni

Tratta da AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014 ([www.standarditaliani.it](http://www.standarditaliani.it))

Figura 1

## Procedure di screening e follow-up dei soggetti ad alto rischio di DMT2



quanto una parte non trascurabile di questi soggetti presenta una risposta al carico di glucosio compatibile con la diagnosi di DMT2,<sup>5-6</sup> qualora dopo 2 ore la glicemia fosse  $\geq 200$  mg/dl o con la diagnosi di ridotta tolleranza agli idrati di carbonio (IGT), se la glicemia fosse compresa tra 140 e 199 mg/dl.

Il programma di screening deve prevedere anche la messa a punto di un follow-up attivo dei soggetti inclusi in tale programma.

I soggetti IFG e IGT vanno sottoposti a retest annualmente, i soggetti NGT vanno sottoposti a retest dopo 2-3 anni (figura 1).

Oggi i MMG, dispongono di sistemi informatici che gli consentono non solo di individuare i soggetti a rischio, ma anche di gestire proattivamente tutto il programma di screening, compreso il monitoraggio nel tempo dei soggetti con IFG, IGT e HbA1c 42-48 mmol/mol e i conseguenti programmi di prevenzione.

I medici che hanno partecipato allo studio hanno utilizzato la cartella clinica Millewin e il software MilleGPG, due sistemi informatici

che, interagendo tra loro, hanno permesso, attraverso feedback informativi, non solo di monitorare i dati della loro attività clinica, ma anche di individuare eventuali criticità e porvi rimedio, con un approccio proattivo secondo i principi della medicina d'iniziativa.

### ► Risultati

In una popolazione complessiva di 25.368 soggetti, dopo 14 mesi dall'inizio dello studio il 49.99% risultava ad alto rischio di DMT2. Il 39.41% dei soggetti a rischio presentavano una alterata glicemia a digiuno "IFG".

Un campione di 753 soggetti con IFG, è stato quindi sottoposto a curva da carico orale di glucosio "OGTT", sulla base della quale sono stati individuati 119 soggetti, pari al 15.8%, con IGT e 62 soggetti, pari al 8.23%, con DMT2.

### ► Commento

Un approccio proattivo del Mmg verso lo screening del diabete e

soprattutto l'effettuazione dell'OGTT nei soggetti con alterata glicemia a digiuno (IFG), favoriscono la diagnosi precoce del diabete mellito di tipo 2, riducendo la percentuale dei casi di diabete non diagnosticato.

La realizzazione dei programmi di screening, consente, inoltre, di identificare i soggetti con IFG, IGT o HbA1c 42-48 mmol/mol, portatori di condizioni di disglycemia, che predicono lo sviluppo futuro del DMT2, ai quali dovrebbero essere rivolti interventi di prevenzione, basati soprattutto sulle modifiche dello stile di vita.

I sistemi informatici, attraverso un'attività di audit clinico, consentono di migliorare il management del programma di screening e di prevenzione.

### Bibliografia

1. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403.
2. Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG et al. High-fiber, low fat diet predicts long term weight loss and decreased type 2 diabetes risk in the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetologia* 2006; 49: 912-20.
3. International Expert Committee. International Expert Committee Report on the role of HbA1c assay in the diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32: 1327-34.
4. AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014 ([www.standarditaliani.it](http://www.standarditaliani.it))
5. Vaccaro O, Ruffa G, Imperatore G et al. Risk of diabetes in the new diagnostic category of impaired fasting glucose: a prospective analysis. *Diabetes Care* 1999; 22: 1490-93.
6. Vaccaro O, Riccardi G. Changing the definition of impaired fasting glucose: impact on the classification of individuals and risk definition. *Diabetes Care* 2005; 28: 1786-88.



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

# Nuovi orizzonti della ricerca in ambito oncologico

Il 15 aprile 2015 si è tenuta la Giornata della Ricerca dell'Istituto dei Tumori di Milano. Come ogni anno, si tratta di una giornata importante per tutta la ricerca in campo oncologico, perché è un'occasione preziosa per andare a vedere i ferventi processi "dietro le quinte" di un importantissimo centro di cura e ricerca in Italia, rico-

nosciuto in tutto il mondo. In particolare quest'anno i riflettori sono stati puntati sui giovani, medici e ricercatori, che svolgono un ruolo sempre più importante all'interno dell'Istituto: sono loro che hanno illustrato le principali novità in ambito diagnostico e terapeutico, oggetto di ricerche ora in corso.

## Anticipare la diagnosi del Ca del polmone

La diagnosi precoce del tumore del polmone rappresenta, come si sa, una sfida tuttora aperta, anche per la difficoltà, soprattutto nei fumatori, di discriminare i segnali rilevati con la TAC spirale. Uno studio condotto dall'Unità di Genomica Tumorale in collaborazione con le Unità di Chirurgia Toracica e Radiologia (*J Clin Oncol* 2014; 32: 768-73), ha dimostrato che un test sul sangue è in grado di ridurre significativa-

mente la percentuale di falsi positivi ottenuti con la TAC spirale.

Spiega **Mattia Boeri**, Ricercatore all'Istituto Nazionale dei Tumori (INT): "Il test, basato sull'analisi di 24 microRNA circolanti, è in grado di ridurre il numero di falsi positivi della TAC spirale di più di 5 volte e ha una sensibilità e una specificità maggiori dell'80%".

La combinazione della TAC spirale con l'esame ematico, ora in corso

di validazione nello studio bioMILD, individua i soggetti con aumentato rischio di tumore polmonare fino a due anni prima della diagnosi TAC spirale, e consente di identificare i tumori più aggressivi e a prognosi peggiore.



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

## Ca della prostata e sorveglianza attiva

Com'è ormai noto, non in tutti i casi di carcinomi prostatici diagnosticati è necessario intervenire. Per evitare le conseguenze più spiacevoli, derivanti dalle terapie radicali standard, all'Istituto Nazionale dei Tumori viene proposta dal 2005 la "sorveglianza attiva" ai pazienti in classe di rischio basso e molto basso, con caratteristiche molto favorevoli e con un'evoluzione clinica

molto lenta. Questo approccio è proposto dal Team Clinico Multidisciplinare della Prostate Cancer Unit diretta da Riccardo Valdagni, anche Direttore Programma Prostate e SC Radioterapia Oncologica.

All'INT il paziente viene valutato in modo multidisciplinare e riceve tutte le informazioni sulle diverse opzioni di cura da parte di più specialisti: è il paziente stesso a prefe-

rire la sorveglianza attiva rispetto a ricevere il consulto da parte di un unico specialista. I dati oggi a disposizione sono favorevoli a questo approccio.

Al fine di identificare i tipi di tumore della prostata che possono permettere l'inserimento dei pazienti in un protocollo di sorveglianza attiva, minimizzando al contempo il rischio del non trattamento, alcune ricerche svolte in Istituto stanno realizzando ulteriori indagini. Spiega **Paolo Gandellini**, biotecnolo-

go dell'Unità di Farmacologia Molecolare del Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Medicina Molecolare: "Ci proponiamo di indagare a livello molecolare questa categoria di tumori per capire quali sono le alterazioni a livello dell'RNA o del DNA che essi portano rispet-

to a quelli clinicamente significativi ed eventualmente trovare dei marcatori nuovi, sempre di natura molecolare, che possano distinguere all'esordio di malattia le forme veramente indolenti rispetto a quelle che potranno manifestare un comportamento più aggressivo".



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

## Oltre la chemioterapia: i nuovi farmaci

In campo farmaceutico, la ricerca sui tumori sta vivendo un momento particolarmente vivace. Dei nuovi farmaci e nuovi approcci terapeutici, alcuni sono in studio all'INT.

### ► Tumore del polmone

Dal 2005, nel trattamento delle neoplasie toraciche non a piccole cellule, si è assistito, grazie al sequenziamento del genoma, a una grande rivoluzione, grazie all'identificazione di alterazioni genetiche (es. EGFR, ALK, ROS1, ecc.), che, in linea teorica, rendono possibile curare ogni paziente con un farmaco specifico per l'alterazione genetica riscontrata. Le lesioni genetiche individuate sono prevalentemente nei pazienti non fumatori e per ora la scoperta ha dato la possibilità di curare il 15% dei pazienti con tumore del polmone. Per tutti gli altri, attualmente, è disponibile solo la chemioterapia. Con i dati su nivolumab, un immunoterapico anti PD-1, portato alla registrazione immediata da parte dell'FDA e i cui dati verranno presentati in modo esteso all'ASCO 2015, si segna virtualmente la fine della chemio-

terapia almeno per i pazienti con istologia squamocellulare, sostanzialmente fumatori. Con la dottoressa **Marina Garassino**, Responsabile SS Oncologia Medica Toraco-Polmonare, l'INT ha dato un fondamentale contributo a livello mondiale allo sviluppo di questa categoria di farmaci.

### ► Tumori genitourinari

Il 2014 è stato un anno di svolta per il trattamento dei carcinomi della vescica e di quelli uroteliali in fase avanzata e metastatica, per cui non esistono, ad oggi, terapie standard internazionalmente riconosciute. Questo, grazie all'utilizzo dell'immunoterapia, in particolare degli anticorpi anti-PDL-1 e anti-PD-1. Sulla scorta dei dati ricavati dalla fase I, è stato condotto un importante studio di fase II (GO29293) a livello mondiale, in pazienti pre-trattati con l'anti-PDL-1 MPDL3280A, al quale la Fondazione INT (primo centro in Europa) ha partecipato con 19 pazienti arruolati in soli due mesi. I risultati finali sono in fase di pubblicazione, ma con ottime prospettive di conferma.

Altri studi sono in corso, all'INT, in particolare nelle neoplasie germinali e nell'ambito delle neoplasie genitourinarie rare come i carcinomi spinocellulari del pene.

### ► Tumori ginecologici

**Domenica Lorusso**, della Ginecologia Oncologica, si occupa dello studio dei tumori ovarici, sempre nell'ottica di una maggior efficacia della cura fondata sulla personalizzazione: "La biologia molecolare ci ha aiutato a capire che abbiamo sbagliato per anni a considerare il tumore ovarico un unico tumore, mentre in realtà oggi sappiamo che sono almeno 5 tumori diversi con 5 prognosi differenti, comportamenti clinici e possibilità di rispondere alla chemioterapia. Questo apre il mondo dei tumori dell'ovaio a delle strategie di cura completamente diverse". Negli ultimi anni l'UO di Ginecologia Oncologica ha dato un contributo importante alla ricerca clinica nazionale e internazionale qualificandosi come uno tra i "best recruiter centers" nei protocolli di sviluppo di nuovi farmaci tra cui antiangiogenetici e PARP-inibitori. Inoltre il reparto è al centro del coordinamento di molti trial disegnati e ideati in Istituto che coagu-

lano più di cento centri italiani nella realtà del gruppo MITO (Multicenter Italian Trialists in Ovarian Cancer) e diversi centri internazionali afferenti all'ENGOT (European Network of Gynecology Oncology Trials).

Anche la ricerca in campo chirurgico procede nella direzione della personalizzazione dell'approccio terapeutico: la mappatura dei linfonodi sentinella nelle pazienti con cancro dell'endometrio, associata

a una particolare tecnica diagnostica basata sull'isteroscopia con indocianina, consente a molte pazienti di non subire la linfadenectomia laddove i linfonodi non sono coinvolti dalla malattia. Negli stadi precoci dei tumori ginecologici, infine, all'INT si stanno sviluppando tecniche finalizzate non solo a migliorare la cura e le possibilità di guarigione delle pazienti, ma anche alla preservazione della qualità di vita (tecniche di isterectomia

"reve sparing" finalizzata al mantenimento delle funzioni vescicali nelle pazienti operate per carcinoma della cervice) e alla conservazione della fertilità.



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

## Salvaguardare la funzionalità degli organi

Il trapianto di fegato è l'unico trapianto di un organo solido accettato nel mondo come strumento definitivo di cura di un tumore. Da vent'anni l'INT ha rilevanza mondiale nella ricerca su quest'opzione terapeutica, e i risultati del trapianto in Istituto sono ad oggi i migliori in Italia. Quando tuttavia il tumore del fegato non è operabile giocano un ruolo imprescindibile approcci alternativi d'avanguardia, sulla cui ricerca e definizione l'Istituto è in prima linea.

Il carcinoma epatocellulare rappresenta la terza causa di mortalità per cancro e la principale causa di morte tra i pazienti con cirrosi. Il giovane ricercatore **Carlo Sposito** è stato premiato per il suo lavoro nello studio di valutazione di sicurezza ed efficacia di un nuovo farmaco, sorafenib, nei pazienti con carcinoma epatocellulare ricorrente dopo trapianto di fegato.

**Jorgelina Coppa**, dirigente Medico ad alta specializzazione in Chirurgia Epatobiliopancreatica e

Trapianto di Fegato, ha recentemente condotto uno studio sulla possibilità di intervento e trapianto anche in pazienti con tumori neuroendocrini metastatici al fegato.

### ► Sarcomi

La definizione di approcci innovativi, da affiancare alla chirurgia, è fondamentale anche nei sarcomi dei tessuti molli. **Alessandro Gronchi**, referente chirurgico della patologia dei sarcomi, illustra l'attività di ricerca che permette di studiare l'impatto della chirurgia insieme agli altri fattori patologici e biologici.

Il sarcoma è una patologia rara, che può colpire distretti anatomici molto diversi e che per questo richiede una *expertise* molto specifica. Gli arti sono la sede più frequente e tecnicamente problematica, per gli aspetti funzionali che possono limitare l'adeguatezza della chirurgia.

"Avere in questi anni messo a pun-

to anche tecniche chirurgiche ricostruttive ha permesso di migliorare ulteriormente i risultati che si ottenevano in passato - spiega Gronchi. "Abbiamo messo a punto tecniche ricostruttive con trapianto di tendini, trapianto di nervi, ricostruzioni vascolari, che non sempre permettono di recuperare un funzione paragonabile a quella precedente all'intervento, ma che permettono una funzione adeguata a svolgere le attività normali".

Il retroperitoneo, la pelvi, il torace, il distretto cervico-facciale, sono sedi più rare e tecnicamente ancora più complesse per la presenza in esse di strutture vitali, che non possono essere sacrificate.

"Queste sono le sedi che richiedono una maggiore competenza e la necessità di riferire i pazienti a Centri specializzati" - sottolinea Gronchi.



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

## Next Generation Sequencing per il mieloma multiplo

Ci sono tumori che cambiano di continuo, com'è il caso del mieloma multiplo, come anche dimostrato univocamente dagli studi condotti da **Niccolò Bolli**, ematologo, che si occupa della genomica dei tumori utilizzando tecniche di *Next Generation Sequencing* e approcci bioinformatici per ottenere informazioni sullo sviluppo della malattia e sull'evoluzione delle cellule nelle neoplasie ematologiche. "Utilizzando il Next Generation Sequencing ho potuto catalogare le lesioni genomiche di questi tumori in pazienti differenti, sia alla diagnosi che alla recidiva dopo poli-chemioterapia. Quello che ho visto è che, pur essendo una malattia relativamente lenta, è molto dinamica e presenta un'evoluitività già prima della diagnosi, e ancora di più alla recidiva" - spiega Bolli, che aggiunge: "Il vantaggio di questa tecnica è quello di dare 'un nome e un cognome' ai cambiamenti che rileviamo alla recidiva, in modo da essere più incisivi con la chemioterapia". Il dottor Bolli, che dopo anni di ricerca ad Harvard e a Cambridge, rientra ora in Italia, sta approfondendo i processi mutazionali delle cellule neoplastiche, con l'intento di comprendere in che modo si possano mettere a punto terapie più efficaci.

### ► "Nuvole di ossigeno" per gli adolescenti

"Clouds of oxygen: adolescents with cancer tell their story in mu-

sic" è il racconto del Progetto Giovani della Pediatria dell'Istituto Nazionale dei Tumori, pubblicato sulle pagine del Journal of Clinical Oncology (*J Clin Oncol* 2015; 33: 218-21). Sono le parole stesse dei pazienti che raccontano, in una vetrina internazionale, tra i risultati dei grandi protocolli clinici, il perché di un progetto speciale, dedicato ai giovani malati: un progetto che ha l'obiettivo di creare un nuovo modello di cura, che migliori gli aspetti clinici ma che insieme si avvalga anche di attività ludiche e culturali, per farsi carico non solo della malattia, ma della vita intera dei ragazzi che si sono ammalati. Esiste anche una canzone, "'Nuvole di ossigeno' che - spiega **Andrea Ferrari**, oncologo pediatra e coordinatore del Progetto Giovani: "È la canzone scritta e cantata dai nostri ragazzi, pazienti della pediatria dell'INT di Milano, con l'aiuto di Faso, bassista di 'Elio e le Storie Tese': un mix di parole, ricordi, paure, speranze, inframmezzato ai rumori dell'ospedale... per dire con le parole dei ragazzi cosa vuol dire ammalarsi di tumore a 16 anni". "Gli adolescenti sono pazienti speciali, che hanno bisogni particolari, sono pazienti che hanno bisogno di andare avanti nelle tappe evolutive della crescita, in un momento così delicato della crescita, in cui si trovano improvvisamente ad avere un tumore. È necessario gestire tutto questo, creare dei reparti dedicati ai pa-

zienti adolescenti ed è quello che abbiamo fatto nel Progetto Giovani all'INT di Milano" - spiega ancora Ferrari.

Il Progetto Giovani prevede anche l'attenzione ad aspetti clinici essenziali, con progetti dedicati ai pazienti in questa età di mezzo, che sono fondamentali per migliorare le cure e le probabilità di guarigione, grazie a protocolli clinici per tutti i tumori che possono insorgere in questa fascia di età, cercando strumenti innovativi per ridurre il ritardo diagnostico, ottimizzare l'assistenza psicosociale, le misure di preservazione della fertilità, i percorsi di follow-up nell'ingresso degli adolescenti nel mondo dell'adulto. Il Progetto Giovani rappresenta un modello da esportare, la base di partenza per un ambizioso programma nazionale organizzato dalla SIAMO, Società Italiana Adolescenti con Malattie Onco-ematologiche, fondata proprio dal Dottor Ferrari, nato per affrontare in modo coordinato il problema della qualità della cura degli adolescenti ammalati di tumore.



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



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

## La malattia di Pick che “ruba la mente”

*Il caso di Germano, un paziente con demenza fronto-temporale, è emblematico di come per questi pazienti e soprattutto per le loro famiglie, nonostante l'impegno del Mmg e del medico di RSA, il percorso di cura e di continuità assistenziale sia ancora irto di ostacoli*

**Rosanna Vagge**

Nefrologo, Lavagna (GE)  
 Presidente Associazione “I Filii”  
 (<http://ifilii.it>)

**D**a anni si parla di continuità assistenziale, di ospedale e territorio, di integrazioni socio-sanitarie; le cure si dividono magistralmente per intensità, alta, bassa, intermedia, non mancano certo le professioni che gravitano intorno al mondo della salute e della malattia, sempre più numerose, le diverse specializzazioni, le tecnologie, i farmaci, le strutture, gli spazi. Ma allora cosa non va? Perché non si riesce a passare dal dire al fare? Penso agli anziani, alla loro fragilità, alle case di riposo che li accolgono, alle valutazioni multidimensionali e mi vengono in mente tutti gli episodi ai quali ho assistito, negli anni, che dimostrano in maniera inequivocabile quanto sia ancora il divario esistente tra le buone intenzioni della società e la capacità di trasformarle in fatti concreti. Certo, i casi individuali sono spesso difficili, le circostanze ingarbugliate e confuse, talvolta è necessario aguzzare l'ingegno, per tentare di porre rimedio a situazioni complesse. Questi casi dovrebbero però essere l'eccezione, non la regola e invece è prassi comune scegliere la strada più comoda, più semplice, per mettere una pezza istantanea che, si sa bene, serve a ben poco, se la stoffa non regge. Pezza dopo pezza, non c'è proprio più niente da rammendare.

### Caso clinico

A Germano, 69 anni, era stato diagnosticato la malattia di Pick per l'insorgenza di demenza associata a atrofia frontale che, nel giro di pochi

mesi, l'ha reso incapace di fare qualunque cosa, se non quello di occuparsi della raccolta differenziata dei rifiuti che, dopo averli accuratamente divisi, gettava negli appositi contenitori con minuziosa precisione e costanza. Germano aveva iniziato a comportarsi in modo strano da circa un anno, ma gli episodi erano saltuari e attribuiti a distrazione, stanchezza, morale basso. Poi, di punto in bianco, l'intera famiglia fu coinvolta in un vortice tale da essere incapace di uscirne con le proprie forze e da dover richiedere l'intervento delle istituzioni preposte ad aiutare i cittadini in situazioni difficili.

Grazia e Germano, originari del Veneto, da 5 anni si erano trasferiti in Liguria per aiutare Silvia, la figlia, infermiera dell'Asl, sposata con due ragazzini in età scolare. Poi la malattia di Germano.

Ed ecco che famiglie normali, con un buon livello culturale e inserimento sociale, stabili economicamente, sono costrette a vagare da un'istituzione all'altra per capire almeno a chi rivolgersi, ottenere un indirizzo, un percorso, per poter affrontare l'immediato futuro, anche solo arrivare al giorno dopo. Richieste, ricette, prenotazioni, moduli di diverso colore e forma, che si concretizzano in visite mediche, esami diagnostici, valutazioni, il tutto con relativi trasferimenti, disagi, la stagione calda che avanza, la malattia che si aggrava.

### ► La sofferenza della famiglia

Poi un episodio, apparentemente banale, interrompe l'inconcludente monotonia della sequenza: esami-

prescrizioni-farmaci: Germano ha la diarrea.

Un giorno, poi l'altro e l'altro ancora, il disagio diventa intollerabile. A nulla servono i fermenti lattici, gli antibiotici intestinali e nemmeno i pannoloni. Germano, con il suo instancabile sorriso, privo della minima preoccupazione di quanto sta accadendo dentro di sé e nel mondo che lo circonda, vaga, con la sua diarrea, di stanza in stanza, nudo o vestito affaccendato in azioni che è un eufemismo definire inoperose, mentre l'exasperazione della famiglia avanza con furore irrefrenabile.

Non resta che il Pronto Soccorso, la cui mission è quella di "rispondere ai bisogni soggettivi e oggettivi della popolazione con interventi tempestivi, adeguati e ottimali a pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza e di emergenza". La risposta non è proprio tempestiva e nemmeno ottimale, comunque, secondo la valutazione del medico di guardia, Germano non necessita di ricovero ospedaliero, deve far ritorno a casa, con la diarrea.

Al medico curante il compito di far passare la diarrea; a Grazia quello di rincorrere il marito e pulire la casa. Cosa c'è di più semplice? "A ognuno il suo".

Silvia è un'infermiera, si rende conto della disperazione della madre che non riesce ancora a comprendere, accettare, elaborare la sofferenza che si sviluppa, in modo dirompente, in tali circostanze e ha una sola certezza: Grazia non riuscirà a sopportare a lungo la preoccupazione, la paura, oltretutto deve anche essere operata, a breve, per una recidiva di distacco retinico.

Cosa fare se non chiedere aiuto? Ma a chi?

Il medico aveva fatto tutto quello che era possibile: aveva diligentemente compilato le richieste di esami, di visite specialistiche, le ricette per i farmaci, aveva avviato le pratiche per l'invalidità civile, cosa altro avrebbe potuto fare? Ai servizi sociali? Li aveva già contattati nel recente passato e la risposta dell'assistente sociale era stata quella di allargare le braccia. Un ricovero di sollievo in RSA? Già chiesto, ma la lista era infinita. E poi mancava l'invalidità, la valutazione dello stato patrimoniale, non aveva nemmeno l'amministratore di sostegno e, per di più, a complicare la situazione, Germano era sposato con Grazia da molto tempo, ma in seconde nozze. Era vedovo della prima moglie, con una figlia della quale negli anni aveva perso ogni traccia. Silvia era figlia di Grazia e del suo primo marito, morto in giovane età, sicché Germano era il padre che l'aveva accudita e cresciuta, a tutti gli effetti, era il padre al quale destinava tutto il suo affetto e la sua dedizione, era pure regolarmente sposato con sua madre, ma non era il padre in senso anagrafico e giuridico.

### ► Ricovero in una RSA

Germano è ancora in PS e Silvia non sa più che pesci prendere. Esausta si rivolge a una RSA, privata, che possa accoglierlo direttamente dal PS per il periodo necessario per tamponare questa spiacevole circostanza ed evitare il peggio.

Il costo non è trascurabile, 113 euro al giorno, ma è già tanto che ci sia il posto e che la direzione accetti di accoglierlo. "Minimo un me-

se" esclama la direttrice, sventolando la carta dei servizi ma, data la circostanza, si dichiara disposta a fare anche un po' di sconto, se in camera doppia: solo 100 euro. Come si può pretendere di più?

Eccomi rimbalzata la palla, nel mio (ex) ruolo di responsabile sanitario: devo accertarmi che il paziente sia in condizioni cliniche stabili e possa essere accolto in una RSA di mantenimento. Alla collega del PS, intenzionata a dimmetterlo perché "non ha niente" mi rivolgo così: "Se non ha 2 di potassio puoi mandarlo, sperando che non arrivi in struttura troppo tardi, per non sconvolgere gli operatori. Lo vedremo domani mattina". Germano entra in struttura alle 22,30 con la diarrea stabile da 20 giorni. Il potassio è 3,2 mEq/L. Accordi rispettati, non ci piove. I globuli bianchi sono più di 14.000, ma di questi non si è parlato.

Lo conosco il giorno seguente: è gentile, sorridente, sereno, esprime parole di apprezzamento sulla struttura, convinto di essere ricoverato in un reparto ospedaliero. Sto al gioco, cogliendo una fugace strizzata d'occhio della moglie, e mi presento. Mi dice subito, con fierezza, di aver fatto parte della Brigata paracadutistica Folgore. I suoi racconti sono coinvolgenti al punto che si avvertono le emozioni del lancio, del volo, dell'atterraggio, emozioni forti che Germano riesce a trasmettere perché questa è la sua realtà, l'unica che conta. Nel sottofondo, Grazia scuote la testa, dolcemente: Germano nella "Folgore" non c'è mai stato. Era un tecnico radar dell'esercito, da sempre appassionato di paracadutismo. Ora il suo sogno si è finalmente avverato.

Mi chiede se è possibile abbassare le sponde del letto, "così mi sento

costretto e non posso alzarmi per andare in bagno, in caso di bisogno" sussurra con tono puerile. A questa richiesta dalla logica ferrea non posso far altro che accondiscendere. Così Germano può liberamente fare da sé, anche se in modo non troppo canonico e pochissimo apprezzato dagli operatori.

### ► Nuovo invio in PS

Passano poco più di 24 ore e l'addome di Germano si distende, è teso e all'auscultazione è possibile apprezzare borborigmi con timbro metallico. Non ci resta che inviarlo in PS precisando che è entrato solo il giorno precedente, proveniente dallo stesso PS e che necessita di valutazioni più approfondite. Questa volta, dopo Rx, ecografie, esami di laboratorio e visita chirurgica la diagnosi è "occlusione intestinale, sospetto volvolo del sigma in paziente con grave decadimento cognitivo istituzionalizzato. Si rinvia in struttura. Terapia consigliata: macrogrol 2/die fino alla risoluzione del quadro clinico".

Il giorno seguente l'addome è sempre più teso e devo intervenire con l'aiuto di un collega chirurgo in pensione per avere la certezza del ricovero ospedaliero. Lo ottengo dopo diverse telefonate, tra il supplicabile e il minatorio, piccoli escamotage concordati con i colleghi più comprensivi, messaggi vari fino a notte avanzata, il tutto condito con una relazione di invio in PS, della serie "*scripta manent, verba volant*" che, proprio per questo, non ho il coraggio di fotocopiare e allegare alla cartella.

### ► Risoluzione del quadro occlusivo

Dopo circa una settimana di rico-

vero in Chirurgia, in cui il quadro occlusivo si risolve senza ricorrere all'intervento, l'ospite istituzionalizzato è rinviato in Residenza. Finalmente può proseguire la sua permanenza in RSA a 113 euro al giorno, 100 con lo sconto.

Passa un mese e Germano, convinto di essere malato, si piazza a letto e non si alza più. Aspetta pazientemente di guarire per tornare a casa: ancora una volta il ragionamento non fa una piega. Per convincerlo è necessario inventarsi il trasferimento in un reparto di convalescenza architettando un cambio di stanza e di piano, del tutto fortuito, ma decisamente provvidenziale. Ora si che può togliersi il pigiama, lavarsi, vestirsi, passeggiare lungo i corridoi, mangiare in salone, chiacchierare con gli altri pazienti, in attesa di un qualcosa che ha già dimenticato. Meglio così.

Mi chiedo cosa sarebbe successo se i suoi tessuti non avessero retto all'allettamento protratto, se si fosse piagato, anchilosato o fossero intervenute altre complicanze. In fondo un mese non è poi così corto. Un mese a 100 euro al giorno. Per quanto riguarda il futuro non oso avanzare alcuna ipotesi.

## Riflessioni

Anni fa, quando lavoravo in ospedale in emergenza, avevo scritto una lettera ai vertici delle istituzioni preposte alla salvaguardia della salute dei cittadini, lettera che non era piaciuta affatto. Ecco alcuni punti:

"[...] Oggi la sanità è cambiata: il medico ha perso parte della sua autonomia, è schiacciato da un sistema che privilegia burocrazia, forma, tecnologia e lo allontana sempre di più dal malato.

Quello che è avvertito pressoché all'unanimità è una corsa sfrenata per apparire, apparire e basta, una totale confusione di competenze e di ruoli, una ferrea cultura di attribuzione della colpa piuttosto che della condivisione di responsabilità, un disinteresse per i veri bisogni della gente e per quali siano le migliori risposte da attuare. Nei momenti più tristi ho avuto l'impressione che noi medici fossimo considerati come semplici pedine di un complesso gioco di cui non è concesso conoscere le regole e in cui gli animatori non considerano o non conoscono affatto la gioia, la soddisfazione, la motivazione, la stima, la fiducia, come pure la sofferenza, la paura, la solitudine, la morte".

Prima mi occupavo di criticità in ospedale, ora mi occupo di criticità nel territorio, ma cosa è cambiata? Oggi, come allora, si parla di efficienza, efficacia, umanizzazione, ottimizzazione delle risorse, obiettivi, verifiche, indirizzi. Belle parole che non trovano alcuna possibilità di tradursi in fatti concreti se non si interiorizzano concetti come competenza e responsabilità che sono alla base di qualunque organizzazione di qualità.

E io sono cambiata? Oggi, come allora, certa dell'inevitabilità della morte, mi interrogo sul significato di morte naturale e di morte iatrogena e sono sempre più convinta che dobbiamo percorrere un'altra strada, indubbiamente faticosa e lenta, ma sicuramente più redditizia per l'essere umano in quanto tale. È la strada dell'onestà, della lealtà, del rispetto, della morale. È questa la formula magica per guarire la sanità."

Questo caso clinico è stato pubblicato anche in [www.perlungavita.it](http://www.perlungavita.it).

# Salute cardiovascolare in bicicletta

Motivare i pazienti all'attività fisica ha un ruolo decisivo nella prevenzione e nella riabilitazione delle patologie CV. In particolare andrebbe incoraggiato l'uso quotidiano della bicicletta

**Pietro Palermo**

*UO Scopenso, Cardiologia Clinica e Riabilitativa - IRCCS Centro Cardiologico Monzino, Milano*

In prevenzione primaria, come è noto, l'attività fisica regolare ha un impatto estremamente positivo sui principali fattori di rischio cardiovascolare (CV) modificabili.

Anche in prevenzione secondaria, dopo la fase acuta di un evento CV, praticare un'attività fisica controllata tende a riportare il paziente a uno stato di benessere e di normalità nella riabilitazione CV.

Le due tipologie di attività muscolare (isotonica: ad esempio corsa, bicicletta, nuoto – isometrica: per es sollevamento pesi) prevedono due vie metaboliche differenti per la produzione di energia chimica necessaria per la contrazione muscolare.

L'attività fisica consigliata è quella aerobica, di tipo isotonic, eseguita in modo costante e di entità moderata (camminata veloce, corsetta, nuoto, bicicletta per 20-30 min/die): l'organismo utilizza la fonte energetica degli acidi grassi, con un possibile effetto dimagrante (fondamentale rimane sempre una corretta ed equilibrata alimentazione soprattutto in chi pratica attività fisica).

L'attività fisica di intensità importante attiva vie metaboliche anaerobiche (raggiungimento della soglia anaerobica) e porta alla produzione di acido lattico, una situazione che (a meno che non vi sia una preparazione specifica) non predispone l'organismo a proseguire

l'esercizio per un periodo prolungato (comparsa di iperventilazione e consumo di glicogeno e glucidi).

## ▶ Letteratura

La letteratura è univoca. Nella National-Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) il trasporto attivo (andare a scuola o al lavoro in bicicletta) è risultato associato a più favorevoli profili di rischio CV (minori circonferenza vita e BMI). Nei bambini valutati in uno studio danese andare a scuola in bicicletta neutralizza un insieme di fattori di rischio cardiometabolico, tanto che la bicicletta dovrebbe essere riconosciuta come potenziale strategia di prevenzione del DMT2 e malattie CV.

Analizzando i dati del Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study (CARDIA) su 3.549 adulti per valutare gli effetti del trasporto attivo da casa ai servizi di quartiere è stato osservato che andare in bicicletta riduce il rischio CV long-life. Di più, andare in bicicletta diminuisce in misura significativa lo spessore della parete arteriosa a livello delle femorali (effetto locale) e delle carotidi superficiali (effetto sistemico). Anche in ambito clinico nel test da sforzo CV si preferisce usare la cyclette, più sicura perché il paziente è seduto e sostanzialmente usa solo i muscoli delle gambe.

## ▶ Motivare i pazienti

Non vi sono controindicazioni alla "pratica della bicicletta", a patto che sia eseguita correttamente, con moderazione e con parere favorevole del medico curante, e che sia adeguata alla predisposizione e alle preferenze personali. È importante sottolineare che è necessario praticare attività fisica in modo costante. Spesso il motivo addotto dal paziente per non praticare attività fisica è la mancanza di tempo, ma possiamo invitarlo a scoprire abitudini di vita che lo aiutino, nella vita quotidiana, a trovare uno spazio per l'attività fisica. Ad esempio, per quanto possibile, gli si può consigliare di evitare l'uso dell'ascensore e preferire l'utilizzo delle scale oppure recarsi sul posto di lavoro in bicicletta.

## Bibliografia

- Furie GL et al. *Am J Prev Med* 2012; 43: 6218.
- Østergaard Let al. *BMJ Open* 2012; 2: e001307.
- de Hartog JJ et al. *Environ Health Perspect* 2010; 118: 1109-16.
- Boone-Heinonen J et al. *Am J Prev Med* 2009; 37: 285-92.
- Thijsen DH et al. *Atherosclerosis* 2013; 229: 2826.



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

# Valutazione clinica per il porto d'armi

Il rilascio del porto d'armi richiede una scrupolosa verifica dei requisiti psico-fisici del soggetto e un'integrazione delle professionalità operanti sul territorio, dal medico di famiglia allo psichiatra, al medico legale, in virtù sia della delicatezza del compito richiesto che della potenziale pericolosità legata alla detenzione delle armi

**Ferdinando Pellegrino**  
Psichiatra - Salerno

**R**ecentemente è scattato l'obbligo di certificazione medica di idoneità psicofisica anche alla detenzione di armi. Un ruolo di primo piano viene posto in capo al Mmg, che deve rilasciare un certificato anamnestico, in cui devono essere indicate eventuali patologie che potrebbero influire sull'uso corretto delle armi. Il documento verrà poi presentato al medico della Asl preposto a rilasciare il certificato di idoneità.

## ► Requisiti richiesti

Il rilascio del porto d'armi richiede una scrupolosa verifica dei requisiti e una integrazione delle professionalità operanti sul territorio, dal medico di famiglia allo psichiatra, al medico legale, ciò in virtù sia della delicatezza del compito richiesto che della potenziale pericolosità legata alla detenzione delle armi.

In Italia il possesso e l'uso delle armi sono consentiti solo in virtù di una concessione da parte dell'Autorità di Pubblica Sicurezza e vincolati a particolari requisiti di ordine psichico, fisico e morale; si tratta di requisiti minimi, quali previsti dal Decreto del 28 aprile 1998 (GU 143/98), che vanno rilevati e certificati con puntualità.

Per ciò che concerne i requisiti psichici essi sono: assenza di disturbi mentali, di personalità e comportamentali. In particolare, non deve riscontrarsi dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e alcool. Costituisce altresì causa di non idoneità l'assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcool e/o psicofarmaci.

Si tratta di criteri molto rigidi, basati sul principio del tutto/nulla, senza alcuna possibilità di modulazione e che mirano a escludere anche l'assunzione "occasionale" di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcol e/o di psicofarmaci; la norma non consente alcuna modulazione di gravità delle patologie psichiche come accade invece per la certificazione per la patente di guida; mentre in questo caso il

giudizio clinico può essere modulato e monitorato nel tempo mediante periodiche visite di conferma, tale flessibilità non è consentita per il rilascio del porto d'armi dove occorre pronunciarsi sulla presenza o meno dei requisiti.

## ► Complessità della valutazione psichiatrica

Per la valutazione di detti requisiti si procede a una attenta analisi delle condizioni psichiche non solo attuali ma anche pregresse in modo da avere un quadro clinico completo (*tabella 1*); in psichiatria la diagnosi è complessa, con variabili non sempre facili da identificare e con margini non ben delimitati tra condizioni di normalità e franchi quadri psicopatologici.

In particolare, mentre è agevole

**Tabella 1**

### Valutazione psichiatrica

1. Richiesta documento di riconoscimento e certificato anamnestico del medico di famiglia
2. Apertura di una cartella clinica o analoga scheda in cui si sostanzia l'accuratezza con cui si è svolta la valutazione clinica
3. Uno o più colloqui clinici
4. Valutazione psico-diagnostica supportata da sussidi diagnostici come i test di personalità (MMPI, Rorschach, SVAP...)

esprimersi in presenza di condizioni psicopatologiche clinicamente rilevabili, come la schizofrenia o la depressione, lo è meno in presenza di patologie, anche gravi, come i disturbi deliranti in cui il soggetto può, sia in fase di acuzia clinica che in corso di remissione sintomatologica, presentarsi - in apparenza - "ben adattato e idoneo dal punto di vista psichico".

La complessità della valutazione è ancora maggiore laddove occorre esprimersi sulla presenza di disturbi di personalità e comportamentali; dal punto di vista clinico, pur essendo codificati i criteri diagnostici per tali disturbi, la diagnosi non è agevole, se non in casi particolari.

Ciò sia perché il disturbo di personalità si muove lungo un *continuum psicopatologico* tra la normalità e la patologia, sia perché occorre una valutazione longitudinale, ovvero un'osservazione temporale adeguata, sia per la necessità di doverci avvalere di informazioni aggiuntive, come il comportamento del soggetto in famiglia o sul lavoro, non sempre facili da ottenere.

Lo stesso discorso vale anche per i disturbi comportamentali che possono assumere rilevanza clinica all'interno di specifici disturbi psichici o di personalità; non di meno sono da prendere in considerazione i *Disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta*, così come codificati dal DSM-5, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'*American Psychiatric Association*.

### ► Stile di vita del soggetto

In ogni caso appare importante definire lo stile di vita del soggetto,

la tendenza a essere irritabile o impulsivo, ovvero tutte quelle caratteristiche che non si conciliano con l'idoneità al porto d'armi.

Inoltre è rilevante accertarsi in merito all'uso, anche occasionale, di sostanze d'abuso o di psicofarmaci.

Si comprende quindi che tale limitazione deve essere valutata all'interno del costrutto di personalità, ovvero nelle modalità funzionali - individuali, sociali, lavorative - del soggetto rispetto a se stesso e all'ambiente. Una valutazione difficile, che attiene anche a informazioni non in possesso del clinico, ma che possono avere rilevanza clinica, come ad esempio la sospensione della patente in seguito al superamento dei limiti dell'alcolemia.

Invero, in questi casi, l'*occasionalità* dell'evento, in senso stretto, non appare compatibile con il porto d'armi.

Si afferma così la necessità di far convergere più informazioni, favorendo l'integrazione di specifiche professionalità, in grado di fornire una valutazione quanto più esaustiva possibile.

### ► Ruolo del Mmg

In questo senso appare fondamentale il ruolo del medico di famiglia che ha una visione longitudinale del paziente, una conoscenza della sua storia, dei suoi affetti, delle relazioni, delle vicende lavorative e del suo stato di salute.

Nel redigere il certificato anamnestico occorre essere particolarmente scrupolosi e fornire ogni informazione utile allo specialista per la valutazione del caso; episodi pregressi di ansia o depressione, pur di breve durata, ovvero la pre-

gressa prescrizione di ansiolitici o altri psicofarmaci, vanno dettagliatamente specificati.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai pazienti di recente acquisizione; in questi casi è opportuno consultare il medico o i medici che lo avevano in carico.

Poiché la normativa è molto specifica occorre procedere a un'indagine anamnestica in positivo: si può affermare che l'anamnesi è negativa solo dopo aver acquisito informazioni dettagliate, meglio se documentate; occorre cioè, ai fini medico legali, poter dimostrare di avere agito con perizia e prudenza rispetto al rilascio della certificazione anamnestica.

### ► Altre criticità

Per quanto concerne la valutazione psichiatrica in senso stretto occorre considerare che non si tratta di una valutazione agevole e che non esistono strumenti o esami in grado di escludere la presenza attuale o pregressa di dimensioni psicopatologiche clinicamente rilevanti.

Gli stessi test di personalità, o altri test utilizzati nella pratica clinica come la scala di Hamilton per l'ansia e la depressione, hanno un valore relativo; si tratta pur sempre di strumenti che non sostituiscono il colloquio clinico bensì lo integrano, ma non sono da ritenersi esaustivi o garanti della diagnosi, che rimane sostanzialmente clinica.

Né può una valutazione trasversale, anche se condotta attraverso più colloqui clinici, essere esaustiva; tuttavia, l'esperienza clinica e la valutazione psicodiagnostica, unitamente allo scambio di informa-

zioni tra i diversi ambiti specialistici, consentono di formulare il giudizio di idoneità al porto d'armi con maggiore appropriatezza.

Altro problema rilevante è l'insorgenza di acuzie psichiche o di di-

sturbi comportamentali dopo il rilascio del porto d'armi; occorrerebbero innanzitutto revisioni periodiche, a intervalli adeguati, e modalità operative che permettano di sottoporre il soggetto a immediata

revisione dei requisiti in presenza di comportamenti a rischio, come la guida in stato di ebbrezza o qualsiasi altro indicatore che rilevi il venir meno dell'idoneità psichica al porto d'armi.

## Personalità e strumenti di valutazione: l'innovazione della SWAP-200

Simona Novi – *Psicologo, Salerno*

Condizione necessaria per valutare la personalità di un individuo è quella di acquisire la capacità di immergersi nel suo mondo interiore; in psicologia questa valutazione può essere eseguita avvalendosi, oltre che di componenti empatiche innate o acquisite attraverso l'esperienza e l'apprendimento, anche di strumenti psicometrici che servono da supporto all'osservazione clinica.

Tali strumenti consentono di attribuire dei punteggi numerici per individuare il livello di un determinato tratto presente in quell'individuo, utilizzando un linguaggio standardizzato e pertanto comprensibile dagli specialisti.

Tra questi strumenti particolare rilevanza clinica hanno ottenuto il Minnesota Multiphasic Personality Inventory e il Big Five Questionnaire. Tra i test proiettivi emergono il test di Rorschach e il Thematic Apperception Test.

### ► Caratteristiche della SWAP-200

La SWAP-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure) consente di contemplare sia l'aspetto della descrizione e dell'osservazione em-

pirica, che di ampliare lo sguardo alla ricerca. Attraverso questo strumento, infatti, si può utilizzare un linguaggio descrittivo ma, allo stesso tempo, validato dal punto di vista statistico e dunque standardizzato, per ottenere non solo l'attestazione di un disturbo di personalità ma anche la descrizione di uno stile di personalità. Tale approccio consente di accostare alla diagnosi categoriale, che determina la presenza o l'assenza del disturbo, a quella dimensionale, che consente di individuare un *continuum* dell'intensità del disturbo non considerando solo gli estremi di tale intensità. Questa coniugazione è sintonica col pensiero clinico contemporaneo e con le modifiche introdotte dal DSM-5. Per il clinico, la descrizione che ne viene fuori risulta essere: dettagliata, capace di cogliere integralmente non solo le componenti patologiche della personalità ma anche quelle integre e funzionali.

La SWAP-200 rappresenta un'immagine fotografica dei desideri e delle paure, delle risorse psicologiche e della capacità di stabilire delle relazioni con il mondo esterno al sé dell'individuo.

### ► Duplice punteggio

La grande innovazione di questo strumento è di consentire un duplice sguardo all'individuo corrispondente a un altrettanto duplice punteggio standardizzato, punteggio PD-T e punteggio Q-T.

- **Punteggio PD-T:** è capace di identificare la presenza di un eventuale disturbo valutando la corrispondenza tra i punteggi e le descrizioni afferenti ai disturbi presenti nel DSM.
- **Punteggio Q-T:** è in grado di individuare la descrizione di uno stile di personalità, senza attribuire necessariamente un'etichetta patologizzante all'individuo che la legge, in un'ottica di maggiore rispetto della sensibilità del soggetto e delle eventuali reazioni emotive a catena che possono generarsi in seguito a una diagnosi sia per il paziente, con la profezia che si autoavvera, che per il terapeuta, con le eventuali difficoltà controtrasferali nella relazione terapeutica con determinate tipologie di etichette diagnostiche.

### Riferimenti

- Shedler J, Westen, D. *J Pers Assessment* 2007; 89: 41-55.
- [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
- [www.SWAPassessment.org](http://www.SWAPassessment.org)

# La “riconciliazione” della terapia farmacologica

Il Ministero della Salute raccomanda l'accurata revisione della terapia anche dopo dimissioni ospedaliere

**G**arantire la sicurezza ai pazienti e ridurre gli errori in terapia. Il Ministero della Salute ha elaborato una nuova raccomandazione (n. 17) rivolta a tutti gli operatori sanitari in cui viene ribadito che è essenziale effettuare, in seguito a ricovero o dimissione in ospedale, o in caso di trasferimento del paziente, una revisione accurata dei medicinali fino allora assunti e di quelli previsti per l'attuale condizione clinica.

Gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco, sia in ospedale che sul territorio. In particolare, nei momenti cosiddetti di “transizione di cura” (ricovero del paziente in ospedale, dimissione, trasferimento tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria) gli errori correlati a differenze non intenzionali nella terapia, possono causare danni al paziente

con un prolungamento della permanenza in ospedale o ricoveri ripetuti e l'utilizzo di ulteriori risorse sanitarie.

Risulta dunque essenziale effettuare, nelle transizioni di cura, una revisione accurata dei medicinali fino allora assunti dal paziente e di quelli previsti per l'attuale condizione clinica.

La “riconciliazione della terapia farmacologica” è un processo formale che permette, in modo chiaro e completo, di rilevare e conoscere la terapia farmacologica seguita assieme ad altre informazioni relative al paziente e consente al medico prescrittore di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla del tutto o in parte.

La Raccomandazione n. 17, “Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica”, a cura dell'Ufficio III della ex Direzione generale della programmazione sanitaria del

Ministero della Salute, ha come obiettivo la prevenzione degli errori in terapia nei momenti in cui il paziente viene ricoverato o dimesso o trasferito tra reparti della stesso ospedale o ad altra struttura ospedaliera o extraospedaliera (territoriale).

La Raccomandazione è centrata sulla riconciliazione della terapia in ambito ospedaliero; alcuni aspetti sono validi per avviare questa buona pratica sul territorio coinvolgendo gli studi/ambulatori dei Mmg e dei pediatri di famiglia e le Farmacie di comunità. Il documento è a tutela dei pazienti che:

- devono assumere farmaci prescritti sia nei passaggi tra ambiti di cura diversi sia nelle consulenze ospedaliere;
- seguono trattamenti di cura protratti (in rapporto a intervenute variazioni nel trattamento farmacologico).

## Percorso di riconciliazione

- **Ricognizione:** processo sistematico eseguito dal personale sanitario che consiste nella raccolta di informazioni complete e accurate su farmaci e altri prodotti (anche non convenzionali) assunti dal paziente.
- **Riconciliazione:** processo nell'ambito del quale si confrontano i farmaci assunti dal paziente, così come evidenziati nella ricognizione, con quelli indicati per la cura nella particolare circostanza, in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura.

Il percorso di riconciliazione prevede che il medico prescrittore, nell'eseguire il confronto, valuti attentamente l'opportunità del prosieguo del trattamento farmacologico in atto e la sua Compatibilità con quello che ritiene indicato nella specifica circostanza. La ricognizione e la riconciliazione sono attività cliniche importanti, centrate sul paziente, che precedono la prescrizione. La nuova prescrizione o le eventuali modifiche dei trattamenti precedenti, conseguenti alla riconciliazione, devono essere documentate e comunicate ai soggetti interessati e coinvolti nel processo di cura.