

M.D.

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

Anno XIX, numero 1 - 20 gennaio 2012

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 14

**Cure primarie: è necessario
un patto tra generazioni**

CARDIOLOGIA 26

**Evoluzione del trattamento
dell'ipercolesterolemia**

RICERCHE 38

**Holter pressorio
nell'ambulatorio
di medicina generale**



Maria Stella Padula

Medico di medicina generale, Modena

**Per il medico del terzo millennio
serve una formazione innovativa e strategica**

ATTUALITÀ

■ Editoriale	Diciotto anni al fianco del Mmg	7
■ Intervista	Imparare a insegnare per essere più efficaci e competitivi	8
■ Proposte	Un patto tra generazioni. L'esperienza del Mmg al servizio dei giovani medici	14
■ Appunti	Cronicità: frasi fatte e luoghi comuni	18
■ Osservatorio	Condividere le scelte terapeutiche	20
■ Diario ambulatoriale	La settimana di un medico di famiglia	22

AGGIORNAMENTI

■ Cardiologia	Evoluzione del trattamento dell'ipercolesterolemia	26
■ Chirurgia	Innovativo approccio all'ernia inguinale	28
■ Ginecologia	Novità in tema di contraccezione ormonale	29
■ Malattie rare	Fibrosi polmonare idiopatica: la ricerca apre a nuove terapie	30
■ Oncologia	Diagnosi precoce di carcinoma ovarico in medicina primaria	31
■ Pneumologia	Inibitori della fosfodiesterasi 4 nella broncopneumopatia cronica	32
■ Psichiatria	Le prime linee guida nazionali sulla psicopatologia perinatale	34
■ Reumatologia	Terapie biologiche nelle malattie reumatiche	36

CLINICA E TERAPIA

■ Ricerche	Holter pressorio nell'ambulatorio di medicina generale	38
■ Diagnostica	Referti coronarografici: come leggerli	42
■ Pratica medica	Un caso di epatite autoimmune	45
■ Farmaci	Ottimizzazione della terapia con azatioprina	46
■ Indagini	Fotografia delle malattie croniche dell'intestino	48
■ Biblioteca	51
■ Monitor	52

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

Grafica e impaginazione
Manuela Ferreri, Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggioni

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: medicinae.doctor@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

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

Testata associata a

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



Testata volontariamente
sottoposta a certificazione
di tiratura e diffusione
in conformità al Regolamento
CSST Certificazione Stampa

Specializzata Tecnica
Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010
Tiratura media: 36.786 copie
Diffusione media: 36.675 copie
Certificato CSST n. 2010-2111 del 28 febbraio 2011
Società di Revisione: Fausto Vittucci & C. s.a.s.
Tiratura del presente numero: 35.000 copie

I dati relativi agli abbonati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs del 30 giugno 2003 n.196, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare e cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Passoni Editore srl, Responsabile dati, Piazza Duca d'Aosta n. 12 - 20124 Milano

M.D. è stampato su carta FSC proveniente da foreste gestite in conformità ai rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council.

Diciotto anni al fianco del Mmg

La nostra rivista M.D. diventa maggiorenne - l'anno di nascita risale al 1994 - e si presenta adesso con un programma editoriale rinnovato, una tiratura ampliata e una veste grafica rimodernata. L'intento è quello di aumentare la diffusione tra i medici di assistenza primaria, affacciarsi anche sul mondo della continuità assistenziale e su tutte quelle professionalità che sono sempre più coinvolte nel complesso universo delle cure primarie così come si è delineato in questi anni e di cui M.D. ha cercato di testimoniare, nel suo piccolo, le svolte salienti. Sfogliando le pagine di questo primo numero vi imbatteverete in nuove sezioni e in un maggiore utilizzo dell'iconografia.

Lo spirito che ci anima ad affrontare questo *new deal* resta lo stesso di diciotto anni fa ed è racchiuso nella convinzione della necessità di dare voce e spazio a tematiche professionali e cliniche di chi svolge un lavoro di fondamentale importanza per la sopravvivenza di un Ssn pilastro del welfare.

Per centrare questo obiettivo non abbiamo potuto esimerci dallo stare al passo con i tempi che hanno dotato l'editoria di nuovi strumenti adeguati all'esigenza di poter fruire di una comunicazione più veloce e in "tempo reale". Abbiamo risposto a questo cambiamento con nuovi prodotti digitali: M.D.webTv (il primo canale di video-informazione e video-formazione riservato esclusivamente al medico) e la newsletter M.D. Media (periodico multimediale di informazione).

Potrebbe sembrare un azzardo la svolta editoriale che ci accingiamo a fare in quest'era digitale, dove l'editoria cartacea sembra volgere al tramonto. Più che un azzardo per noi è una sfida. Una sfida che nasce dalla convinzione che la sinergia tra l'editoria cartacea e quella digitale sia la scelta più consona a poter offrire un'informazione meno parcellizzata e più strutturata. Un'informazione più incline a declinare la complessità che caratterizza il comparto delle cure primarie e il ruolo dei medici di medicina generale. Un ruolo che in questi anni è stato messo a dura prova da cambiamenti epocali. Cambiamenti che hanno modificato sostanzialmente la domanda di salute e hanno visto le malattie croniche pesare significativamente sui costi di un Ssn sempre più a risorse calmierate, la cui sostenibilità oggi è messa in serio pericolo da una crisi economica i cui effetti si ripercuotono sull'intero sistema Paese.

Imparare a insegnare per essere più efficaci e competitivi



Se si considera che in questi anni la Medicina Generale è “entrata” in varie Università in un modo tutto peculiare e dalla “porta secondaria”, suscita particolare interesse all’approfondimento la notizia che a Modena la facoltà di Medicina e Chirurgia ha previsto per l’anno in corso un master universitario di secondo livello per l’insegnamento clinico di questa disciplina nelle Cure Primarie. A tal riguardo *M.D.* ha intervistato Maria Stella Padula, Mmg a Modena, coordinatore didattico-scientifico del progetto e referente Simg.

► **Anna Sgritto**

Medico di famiglia a Modena, coordinatore didattico-scientifico del master indetto dall’Università di Modena e Reggio Emilia per “imparare a insegnare la MG”, referente della Società Italiana di Medicina Generale di cui è anche responsabile dell’Area delle Cure domiciliari, **Maria Stella Padula** è la persona più indicata a fornire delucidazioni su questa iniziativa e sul cammino percorso per definirne i contenuti. Nata in un piccolo Paese della Lucania, ha conseguito la laurea in Medicina a Modena, specializzandosi in Neurologia, ma ha scelto di esercitare la Medicina Generale per il fascino della “medicina della complessità” e “l’approccio olistico” al malato e a tutta la famiglia. Ed è convinta che essere medico di famiglia donna sia un valore aggiunto. Non a caso per esplicitare questa sua

convincione sottolinea che le donne hanno: “(...) *Una peculiarità di rapporto con la sofferenza che risuona con i miti ancestrali e insondabili della ‘grande madre’. Una sofferenza insita nella ‘doppia soggettività’ costitutiva di ogni donna, soggettività bifronte. Implicita nell’essere donna (Disincanto e cura, di Giorgio Donini, prefazione di Maria Stella Padula)*”. Cita poi dei passi del libro di **Concita De Gregorio**, “*Malamore: Esercizi di resistenza al dolore*”. “(...) *Le donne provano la temperatura del ferro da stiro toccandolo. Brucia ma non si bruciano. Respirano forte quando l’ostetrica dice «non urla, non è mica la prima». Imparano a cantare piangendo, a suonare con un braccio che pesa come un macigno per la malattia, a sciare con le ossa rotte. Portano i figli in braccio per giorni in certe traversate del deser-*

to, dei mari sui barconi, della città a piedi su e giù per gli autobus. Le donne hanno più confidenza col dolore. Del corpo, dell’anima. È un compagno di vita, è un nemico tanto familiare da esser quasi amico, è una cosa che c’è e non c’è molto da discutere. Ci si vive, è normale. Strillare disperde le energie, lamentarsi non serve (...)”.

► **Perché un master per “imparare a insegnare la medicina generale” e come mai proprio a Modena?**

La nascita di questo progetto ha radici profonde e sicuramente è l’evoluzione naturale di un percorso intrapreso tra i medici di medicina generale di Modena e l’Università è che ha fatto sì che da oltre 10 anni la facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Ateneo intro-

Un master ad hoc



Il corso, di durata biennale, si svolge presso la Facoltà di Medicina di Modena e Reggio Emilia ed è realizzato in collaborazione con la Facoltà di Scienze della Formazione, con la SIPeM (Società Italiana di Pedagogia Medica), la SIMG, la Scuola di Medicina Generale di Modena e la partecipazione di Studenti di Medicina del SISM (il Segretariato Italiano degli studenti di Medicina). Il Master prende il via da marzo 2012 per concludersi a dicembre 2013. Le domande d'iscrizione possono essere presentate entro il 3 febbraio 2012: sono ammessi 30 discenti e 6 uditori (studenti).

I criteri di accesso sono specificati nel Bando reperibile al sito www.unimore.it/Bandi/StuLau-Master.html

Gli obiettivi formativi

Al termine del master il discente deve dimostrare conoscenze, capacità di comprensione applicate, autonomia di giudizio, abilità comunicative e capacità di autoapprendimento. In particolare dovrà dimostrare competenze e abilità nel saper utilizzare metodologie e tecnologie didattiche per far apprendere le peculiarità della MG, in particolare:

1. nella promozione della salute;
2. nella prevenzione con corretti stili di vita nei pazienti, soprattutto in quelli con importanti fattori di rischio;
3. nell'*empowerment* del paziente e della famiglia;
4. nella diagnosi e nella cura appropriata e nella gestione/

governo clinico, in particolare delle più frequenti malattie croniche e inguaribili;

5. nella relazione M-P e M-P-Famiglia e nella relazione tra Mmg e altri professionisti dell'ospedale e del territorio;
6. nell'uso appropriato dei mezzi diagnostici, delle consulenze specialistiche e dei farmaci;
7. nella gestione integrata fra ospedale e territorio e fra Mmg e altri operatori;
8. nella gestione di alcune tipologie di pazienti (del paziente cronico non autosufficiente e della sua famiglia, a domicilio del paziente in cure palliative);
9. nella gestione delle problematiche della donna nella varie età della vita;
10. nella gestione del bambino sano e malato, fuori dell'ospedale;
11. nella gestione del paziente ad alto rischio cardiovascolare;
12. nella gestione del paziente migrante;
13. nella creazione di modelli organizzativi della MG nelle Cure Primarie, dove sono facilitati i percorsi di cura e la continuità di cura;
14. nella gestione dei pazienti curati fuori dell'ospedale, tenendo presente la selezione dei trattamenti in termini di efficienza ed efficacia, con particolare attenzione per la farmaco economia;
15. nella ricerca in MG sui grandi numeri di pazienti del territorio per valutare gli interventi appropriati nel contesto extraospedaliero;
16. nell'utilizzo di strumenti di tecnologia informatica e dei programmi per l'elaborazione dei dati ai fini della ricerca e per il miglioramento della professione attraverso l'audit.

ducesse nel *curriculum* degli studi medici periodi di *stage* e di insegnamento presso i medici di medicina generale. La svolta è stata segnata nel 2011 quando la MG è diventata la 36esima disciplina obbligatoria per potersi laureare. Vari sono stati gli *step* per poter centrare questo obiettivo e approdare al progetto di un master per apprendere metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della medi-

cina generale nelle cure primarie, perché bravi insegnanti non si nasce, ma si diventa. Il DM 270/04 ha infatti previsto che la Medicina Generale sia insegnata a livello nazionale in tutti gli Atenei. Ma perché questo sia possibile, efficace e di qualità è necessario formare i formatori, ovvero i docenti. Sicuramente a contribuire a questa finalità c'è stata la lungimiranza del Prof. **Aldo Tomasi**, preside e

poi Rettore del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e nondimeno dell'attuale preside, Prof. **Gabriella Aggazzotti** e dell'odierno presidente del corso di laurea Prof. **Carlo Porro**. Dal 2002, attraverso una convenzione tra Simg e Università di Modena, la MG è entrata come tirocinio obbligatorio al sesto anno con alcuni seminari integrati, così ogni studente per laurearsi frequentava per un mese l'ambu-

latorio di un Mmg. Nel 2006 con una convenzione non solo con la Simg, ma con le due Asl, quella di Modena e quella di Reggio Emilia e l'Università, è stato istituito il corso di formazione (prima sperimentale poi obbligatorio) a partire dal terzo anno fino al sesto anno in modo tale che la medicina generale e le cure primarie venissero insegnate con un percorso che, partendo dallo studio di MG, continuasse sul territorio, nei centri di prevenzione e consultori, presso i pediatri di libera scelta per poi ritornare, al sesto anno, negli studi dei Mmg. In questa ultima fase l'attenzione si concentra sulla complessità clinica terapeutica e gestionale dei pazienti con cronicità, sulle cure domiciliari, cure palliative, ecc.

Nel tempo questo iter è stato migliorato, strutturato e valutato tanto da diventare, a partire dal 2011, uno dei 36 corsi integrati di laurea in Medicina e Chirurgia, strutturato in quattro moduli, con una valutazione finale e un voto che fa media con tutti gli altri. È stato un percorso a cui ha contribuito fortemente la medicina generale attraverso l'impegno dei colleghi e quello dei direttori di dipartimento delle cure primarie. Un corso specifico e peculiare che si avvale di una didattica innovativa in cui si mette a fuoco l'esperienza diretta che gli studenti hanno avuto nel rapporto reale con i pazienti sul territorio e negli studi dei Mmg. L'innovazione assoluta del master è nell'aver voluto adeguarsi al cambiamento della figura e del ruolo della MG. La MG non ha più senso da sola se non viene inserita nella rete delle cure primarie, anche se il medico di medicina generale resta il professionista che ha la visione della globalità del paziente, dei suoi bisogni e di quelli

della sua famiglia. A tal proposito è doveroso sottolineare che a Modena l'esperienza gestionale e organizzativa della medicina generale, caratterizzata dai Nuclei di Cure Primarie, ha facilitato la visione di rete, contribuendo a valorizzare il lavoro dei gruppi e il confronto tra i colleghi, tra Mmg e i vari professionisti del territorio.

► **Nella sua vita professionale ha puntato molto sulla specificità della formazione in medicina generale?**

Più che puntare sulla specificità della professione che esercito, ho fermamente creduto che la formazione dei medici, così come è stata strutturata in questi anni, prevalentemente chiusa nelle corsie ospedaliere, fosse "monca", depurata di una parte fondante dell'*ars medica*, quella relativa al contesto in cui nasce e si sviluppa la malattia, contesto che i Mmg conoscono bene. Per sviluppare un reale cambiamento nella formazione di base dei medici è fondamentale l'integrazione fra medici che lavorano dentro e fuori l'ospedale che può essere costruita solo formando nel territorio tutti i medici già durante il percorso universitario (anche se poi sceglieranno di fare gli specialisti e i professionisti in ospedale). Per questo motivo mi sono impegnata non solo a dare "parola" alla mia esperienza di tutor, collaborando con la casa editrice Athena per la pubblicazione del "*Manuale del Tutor per l'insegnamento universitario della Medicina Generale*" e il "*Manuale dello studente*" ma soprattutto, attraverso una collana di medicina narrativa, insieme a **Luciano Vettore** (Università di Verona e past President della SIPEM,

che ha seguito tutto il percorso fin dall'inizio e ha supportato la formazione del Mmg tutor), ho pubblicato un libro "*Di casa in Casa*": la



medicina fuori dagli ospedali in cui la maggior parte delle storie narrate sono state scritte da studenti in medicina durante il tirocinio per renderli consapevoli dell'importanza dell'ascolto al di là della scienza e di quello che hanno studiato sui testi sacri, per coniugare "scienza e umanità" per rendere palese quanto la medicina sia sì una scienza biologica, ma altrettanto un'arte relazionale e per poterla esercitare è inscindibile il trinomio conoscenza, tecnica e relazione.

www.qr-link.it/video/0112



► Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Un patto tra generazioni. L'esperienza del Mmg al servizio dei giovani medici

L'inserimento di un giovane collega junior nello studio del Mmg senior già convenzionato, non solo si può collegare perfettamente con il progetto di integrazione territoriale e con la funzione di "Mmg primario del territorio", ma può essere una opportunità per l'inserimento di nuove leve nell'esercizio della medicina generale

Bruno Agnetti, Alessandro Chiari
 Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS)
 Smi - Sindacato Medici Italiani
 Emilia Romagna

È noto come le cure primarie del nostro Paese siano tra le migliori al mondo. Sarà possibile poter mantenere questa posizione e conservare l'assetto caratteristico distintivo della medicina generale (accessibilità, relazione fiduciaria, qualità diffusa ed omogenea, capillarità, libera scelta, gradimento, orientamento olistico centrato sulla persona) nonostante le costanti pressioni avverse socio-economiche e amministrative-burocratiche-politiche? Lo scenario che segue ipotizza una possibile soluzione delle criticità connesse al governo e all'inserimento professionale nella medicina generale.

Sempre più frequentemente infatti si leggono o si ascoltano affermazioni del seguente tenore: "Il Mmg così come opera attualmente non è più adeguato ai tempi ...". Questa opinione è sostenuta sia da responsabili del settore sanitario ad ogni livello, ma non solo (per esempio: da sindacati molto rappresentativi). Non di meno, nella sua attività, il Mmg sperimenta quotidianamente, sulla propria pelle, la contraddizione che emerge da una sempre più esasperata spinta verso la contrazione spazio temporale (*La crisi della modernità*. D. Harvey 1989) a fronte di necessità relazionali ataviche, sempre uguali e costanti nel tempo: lo scontro tra queste due placche tettoniche contrapposte modifica profondamente la manifestazione dei bisogni assistenzia-

li che possono presentarsi come terremoti devastanti a causa della loro emergenza e della disarmante impreparazione a far fronte a questi eventi.

È bene evidenziare come i Mmg da anni richiamino l'attenzione sui problemi tipici della categoria e sulle questioni assistenziali, su convenzioni insoddisfacenti e su decreti o norme che creano molte perplessità. Proprio dalle pagine di *M.D.* storiche firme e colleghi meno noti hanno scritto acuti saggi in merito al disagio medico, hanno lanciato allarmi per i possibili pericoli disorganizzativi e di disaffezione.

► Il disagio inascoltato

Cos'è successo, dopo questi lanci d'allarme? "Niente" ripete ossessivamente il poeta cantautore. La macchina burocratica-amministrativa, sempre più convinta delle proprie posizioni, prosegue inossidabile come uno schiacciasassi per altro sostenuta da medici di medicina generale forse attratti dalle opportunità di *business* offerti dalla medicina di base.

Aumentano inoltre le richieste e gli obblighi collegabili all'assistenza primaria ma, a volte, queste stesse istanze sembrano costruite in modo da rispondere più a necessità burocratiche/amministrative/politiche e di ingegneria accademica che a una puntuale analisi dei bisogni. È inevitabile quindi

che questi disegni progettuali vengano spesso percepiti come calati dall'alto, imposti o costruiti a tavolino a favore di vantaggi riservati a pochi.

Forse è giunto il momento di avere il coraggio e la forza di proporre una azione riformista in tema di riordino delle cure primarie che possa partire dalla base cioè dagli effettivi bisogni e dalle necessità assistenziali-scientifiche dei clienti interni ed esterni.

La strada da percorrere non è certo semplice perché, in sanità, il più importante *stakeholder* (portatore di interessi) è il *management* politico amministrativo che persegue un proprio disegno e un proprio progetto: quadratura di bilancio e utilizzo autonomo delle risorse. I medici e gli operatori dell'assistenza primaria hanno una visione propria delle cose e uno specifico *problem solving* da attuare, ma sono tecnici e non hanno un ruolo decisionale paritario a quello politico-amministrativo (forse sono *stakeholder* meno importanti?).



► Più burocrazia meno clinica

È comunque evidente lo sbilanciamento di ruolo a favore di un iter amministrativo-burocratico e a svantaggio della clinica, dell'assistenza e del sapere scientifico che non sempre è sovrapponibile a certe linee guida (derivate da studi di coorte) o a certe note di appropriatezza prescrittiva. Tutto ciò complica orrendamente la questione.

Nello stesso tempo lo scenario globale che si dischiude ai nostri occhi mostra la reale difficoltà operativa di un'epoca storica che coinvolge sia il villaggio globale (dell'Occidente) e anche il nostro

microcosmo formato, in particolare, dal nostro Servizio sanitario nazionale, dalle Regioni, dalle aziende, dai distretti, dalle gerarchie. L'equilibrio è diventato instabile per tutti e nulla oggi può essere dato per scontato.

All'interno di questo instabile quadro socio-sanitario i Mmg continuano ad essere professionisti che offrono assistenza e non parole; producono ricchezza in salute e non giochi finanziari; visitano persone; coltivano relazioni significative basate sulla fiducia, sul rispetto e sulla considerazione, sul mantenimento del rapporto di fiducia e sull'attuazione dei diritti delle persone; sulla personalizzazione del servizio prestato e sull'umanizzazione dell'assistenza.

I suggerimenti internazionali indicati come risolutivi delle problematiche assistenziali attuali e sposati di *default* da molti amministratori (*Chronic Care Model; European Forum for Primary Care*) e/o altri modelli per il riordino delle cure primarie calati dall'alto non sono sufficienti per assolvere i dilemmi di un settore così complesso come quello della medicina generale italiana. La multiprofessionalità e l'interdipendenza, caratteristiche proprie dell'assistenza primaria integrata, richiedono che il principale motore organizzativo del sistema sia contestualizzato e posto presso gli operatori tra i quali il governo clinico ha il significato concreto del "*rendersi conto per rendere conto*" prima di tut-

to ai colleghi e agli assistiti (e poi all'organizzazione/amministrazione). Infatti il sistema della medicina generale ha già ampiamente dimostrato di essere tra quelle organizzazioni che hanno funzionato e funzionano meglio per equità, meritocrazia, gradimento, consenso, contenimento della spesa, libera concorrenza, flessibilità e disponibilità all'integrazione.

► Il nostro ruolo sottostimato

Il Mmg è l'unico vero esperto di assistenza primaria e ha quindi le abilità per gestire anche questo momento confuso e può governare la complessità a vantaggio della sua professionalità e in favore delle specificità costitutive della medicina generale (MG). Non si può nascondere che in questi anni al Mmg non è mai stato riconosciuto dalle istituzioni questo ruolo, ma si è piuttosto voluto vederlo come un mero "produttore" e un esecutore di norme e decreti, soggetto/oggetto di progetti che alla fin dei conti hanno contribuito a deprimere la categoria nel suo complesso. I tempi però sono maturi per affrontare e realizzare un cambiamento sostanziale e per modificare visioni gestionali della sanità paludose e ripetitive.

► Il Mmg primario del territorio

L'integrazione multi professionale/multi disciplinare territoriale guidata dai Mmg può rappresentare per quest'ultimi la strategia vincente per soddisfare sia i bisogni assistenziali sia organizzativi indipendentemente dai modelli proposti o adottati nei vari ambiti (Aft, reti, gruppi, Case della Salute, Uccp, ecc.). All'interno di una integra-

zione effettivamente operativa la medicina generale può offrire valori fondamentali e troppo spesso dimenticati (equità, meritocrazia, qualità, trasparenza, sostenibilità e valenza economica, consenso e gradimento, apprendimento e confronto, abilità nella gestione della complessità).

Il modello bio-psico-sociale considerato come il paradigma di riferimento per la MG necessita di concretizzarsi in una integrazione che superi le esperienze attuali molto parziali. Il tema della cronicità e della fragilità impone una implementazione delle esperienze precedenti sul modello organizzativo dei SerT italiani (non esistono all'estero): in questi servizi il lavoro integrato è la regola e la sostanza dell'operatività quotidiana.

L'integrazione territoriale coinvolge il Mmg, lo specialista (o rappresentante degli specialisti), la guardia medica (o rappresentante), le infermiere, i servizi, il sociale, gli ospedalieri (o il rappresentante).

Il team è guidato dal Mmg in quanto esperto di assistenza primaria (Mmg = "dottore in *primary care*", "principale esperto di cure primarie" o "primario del territorio"). Questo ruolo/funzione vale per ogni Mmg. Il progetto è attuabile da subito e ad isorisorse.

Il cardine è rappresentato dalla riunione tra i professionisti coinvolti nell'assistenza del caso cronico/fragile; convocata e diretta dal Mmg primario del territorio (per esempio una riunione di 90 minuti organizzativa e una riunione di 90 minuti clinica ogni 10 giorni). L'incontro avviene in orario lavorativo senza obbligare i componenti del *team* ad uscire dal proprio profilo contrattuale. Gli strumenti di comunicazione e di documentazione

dell'attività potranno essere i più semplici possibili. Il Mmg ha un ruolo di coordinamento e *management* complessivo sul *team*; la sua centralità garantisce l'integrazione, l'allaccio e il raccordo tra i vari professionisti; insieme si condividono tutti i processi decisionali riguardanti il caso in carica. In questo tipo di *team* non esiste una gerarchia piramidale, ma una circolarità di saperi, informazioni, comunicazioni, un auto-apprendimento e una auto-formazione scientifica. Nella medicina di primo livello non esistono ruoli superiori, ogni medico di medicina generale ha già raggiunto il massimo della sua carriera e quindi il termine "Mmg primario del territorio" vuole rappresentare più una funzione di servizio che una gerarchia. Da questo punto di vista è incoraggiante sapere che i colleghi ospedalieri hanno dimostrato molto interesse per questa impostazione e manifestano disponibilità per questo tipo di scambio professionale (territorio forte con ospedale forte). Per chi volesse approfondire l'argomento è possibile ritrovare una più ampia trattazione del tema nell'articolo: "Mmg Primario del Territorio" (*Panorama della sanità* 2011; 44: 18-29).

► Giovani medici: una soluzione

Il capitolo dell'integrazione multi professionale deve considerare con particolare attenzione la situazione dei giovani medici. Nei convegni e nei congressi alcuni colleghi si premurano di notificare che la continuità assistenziale andrà a sparire. Con questo facilitando il compito di alcune aziende che, un po' per distrazione, un po' per favorire qualche altra situazione,

continuano a non bandire posti di continuità assistenziale, a confondere funzioni tra continuità assistenziale (CA) e 118 e tra 118 con la presenza del medico e 118 con la presenza anche di infermiere, a considerare la continuità assistenziale figlia di un Dio minore.

È pur vero che il termine continuità assistenziale ne ha mitigato di molto l'identità, ma questo servizio continua a essere inquadrato come presidio territoriale e non corrisponde sempre al vero che manchino i medici disposti a ricoprire i turni di guardia medica. Ciò che viene a mancare sono le assegnazioni dei turni.

Occorrerebbe comunque qualche chiarimento su questo tema non solo dal punto di vista operativo, ma contrattuale.

► Preparare il futuro

Le recentissime questioni politiche ci hanno comunicato che siamo diventati tutti più giovani e che dovremo lavorare qualche anno in più, se la salute ci assiste e a Dio piacendo.

La categoria dei medici di medicina generale può, in ogni caso, difendere la propria autonomia tamponando eventuali disastri economici, professionali, lavorativi se saprà proporre iniziative tali da incidere drasticamente proprio sui temi critici e più attuali della politica e del sociale.

Queste iniziative devono prevedere azioni di grande responsabilità, attive, autonome e richiedono nello stesso tempo un coinvolgimento personale in solido e sussidiario così da mettere al riparo tutta la categoria da ulteriori iniziative calate dall'alto.

È necessario preparare, con co-

raggio, il nostro futuro per non rischiare di essere travolti da una crisi ancora più grave dell'attuale causata da una cecità assoluta, di altri, nel prevedere il domani.

► L'inserimento nella professione

L'inserimento di un giovane collega *junior* nell'ambulatorio del Mmg *senior* già convenzionato si può collegare perfettamente con il progetto di integrazione territoriale e con la funzione di "Mmg primario del territorio": un sollievo per i Mmg più anziani e una certezza lavorativa per i più giovani. Il medico *junior* deve comunque aver concluso il corso specifico di medicina generale e deve essere inserito in una graduatoria unica regionale (per la CA, per la convenzione, per l'inserimento nel programma Mmg *junior*) che possa anche premiare, con un punteggio ulteriore, la residenza. Nella pratica un Mmg *senior* 60enne oppure un Mmg che si trovi a 5 anni dalla pensione oppure un medico di famiglia con problemi di salute può devolvere una percentuale stipendiale a un giovane collega che lo affiancherà nell'attività professionale e che dopo alcuni anni potrà sostituirlo, in modo ufficiale ed istituzionale, al momento del pensionamento.

Al Mmg *junior* andranno la zona carente creata dalla cessazione del servizio del Mmg *senior* ed eventualmente lo studio, il materiale, gli archivi, l'organizzazione dell'attività. Tutto ciò richiede adeguati passaggi a completamento del DI sul riordino delle cure primarie: graduatorie uniche, punteggi, riconoscimento di stato di impresa al Mmg, detassazioni, agevolazioni fiscali, detrazioni e

incentivi sulle assunzioni che resteranno a completo carico del Mmg *senior*.

► Un patto generazionale

Il compenso per il Mmg *junior* deriverà direttamente dalla riduzione del 4-8% dello stipendio del Mmg *senior* al quale potranno essere aggiunti ulteriori attività libero professionale o di incentivazione derivanti da una rimodulazione della domiciliarità o altro. Il giovane medico potrà contare inoltre su un introito aggiuntivo derivante dagli incarichi di CA o ad altre attività, ma soprattutto potrà fare affidamento su un posto di lavoro sicuro, una struttura avviata, pazienti già noti e su una formazione diretta, acquisita al fianco di un Mmg *senior*, che nessun corso al mondo potrà mai offrire. La selezione del Mmg *junior* deve avvenire nel rispetto delle graduatorie uniche regionali prevedendo clausole di salvaguardia reciproche e un colloquio di "selezione" in quanto il Mmg resta tutt'ora un libero professionista (cioè una impresa). Il sistema potrebbe ripercorrere le regole in atto nelle aziende dove, per certi incarichi fiduciari, il DG può scegliere tra una terna di candidati oppure al di fuori della stessa terna. I vantaggi per il Mmg *senior* possono essere diversi: aiuto nell'attività di ambulatorio e domiciliarità/cronicità; integrazione facilitata con i professionisti del territorio e dell'ospedale; possibilità di periodi di aggiornamento o formazione più strutturati (master); periodi sabbatici; riqualificazione (studio dell'inglese o della sociologia); continuità nell'assistenza e nella relazione con gli assistiti perché... "La medicina generale di base inizia a 60 anni!".

Cronicità: frasi fatte e luoghi comuni

È diventato intollerabile sentire di continuo e leggere sui giornali che bisogna “sviluppare la medicina sul territorio, alleggerire gli ospedali e chiuderne i piccoli, che i ricoveri costano troppo”. La verità è che servono strutture intermedie per far fronte alla gestione delle cronicità, tutti lo sanno, ma si è scelto di scaricare il problema sui Mmg

Vittorio Principe

Medico di medicina generale
Bolzano

Fermo restando che l'età media è aumentata e di conseguenza anche le patologie croniche, trovo assolutamente demagogico lo sguinzagliare spesso allo sbaraglio i Mmg sul territorio per inventarsi la gestione di un paziente anziano con sindromi pluri-metaboliche o un paziente oncologico a domicilio.

Non ho trovato finora alcun vantaggio dalle terapie domiciliari e nella totalità dei casi il paziente è finito comunque in ospedale in condizioni precarie, dopo che si era già investito notevolmente nel letto ospedaliero, nei presidi, nelle infermiere, nell'assistente geriatrica e in altre figure professionali e senza contare in ultimo gli accessi plurimi da parte del Mmg che il più delle volte deve chiedere lumi in giro non avendo una formazione specialistica geriatrica o oncologica specifica (frutto di anni di studio in una sola specialità: altrimenti, a cosa ci stanno a fare le scuole di specializzazione?).

Dove'è il risparmio? Nella quasi totalità dei casi è il paziente stesso e i suoi familiari che mi implorano il ricovero in ospedale o in una struttura analoga perché il domicilio non è comunque un ospedale e spesso i parenti non possono gestire molto instabili. Perché, mi chiedo, non si investe una buona volta in strutture intermedie tra l'ospedale e il domicilio? So che esistono delle strutture pilota che funzionano egregiamente. Un paziente curato adeguatamente e in modo specialistico penso che costi

tutto sommato di meno alla collettività piuttosto che con azioni dettate il più delle volte dal buon senso che da una vera cultura specialistica da parte del Mmg. A quando i geriatri di base?

Mi sembra piuttosto che per risparmiare qualunque ministro di qualsiasi schieramento politico (in assoluto accordo con i sindacati) decida di scaricare sul medico di famiglia (anello debolissimo della catena) le mansioni più costose e gravose e che si eviti accuratamente al Mmg di fare il suo lavoro fondamentale in ambulatorio.

Ci sono giornate tipo in medicina generale caratterizzate dall'espletare richieste di giorni di malattia, di assegni di accompagnamento o di invalidità, di certificati anamnestici in cui visitare un paziente è una chimera.

Al riguardo va anche sottolineato che molte volte è il paziente stesso che non vuole essere visitato, gli basta il certificato. Sono consapevole di andare controcorrente, ma trovo che il Mmg debba soprattutto lavorare sulla medicina di primo livello in ambulatorio, avendo il giusto tempo per visitare e inquadrare il paziente: è solo in questo modo che si può realmente risparmiare in materia sanitaria.

La nostra professione è talmente svilita che non ci dobbiamo meravigliare se sempre meno giovani la scelgono. Neanche ci dobbiamo sorprendere se sono sempre più i Mmg (tra cui io) che contano i giorni (tantissimi ancora) di un "probabile" pensionamento.

Condividere le scelte terapeutiche

A Verona un seminario sugli equivalenti è l'occasione per un salutare confronto tra medici di medicina generale e farmacisti. Punti di contatto e qualche attrito ma il dialogo è possibile sul terreno dell'appropriatezza

Giuseppe Tandoi

Il Veneto è terra di sperimentazione per ciò che concerne la medicina generale, con le esperienze in chiaroscuro delle Utap e una vocazione, a livello locale, a puntare su progetti in grado di aggregare i medici sul territorio. Questo lo sfondo del seminario veronese organizzato dalle Asl 20, 21 e 22 del Veneto, con il sostegno di Doc Generici: "Bioequivalenza e pregiudizio: un'esperienza condivisa sul farmaco a brevetto scaduto".

Le tre Aziende sanitarie, situate nella provincia veronese, hanno stipulato un accordo con i medici di medicina generale, un patto di area vasta che ha condotto alla nascita di "team" di medicina generale: 48 squadre composte da 15-20 medici raggruppati per aree omogenee e diretti da un capo team. "Un'esperienza che va avanti dal 2005 - ricorda **Alessio Micchi**, coordinatore provinciale dei capi team - e che l'amministrazione regionale si appresta a estendere a tutto il territorio veneto, nell'ambito di una più generale riorganizzazione della medicina generale (Dgr 1666/11). Riteniamo quello dei team un fondamentale momento di aggregazione, formazione e condivisione di esperienze. Ma più ancora i team sono il luogo nel quale il medico ha modo di verificare la propria condotta professionale, in termini di appropriatezza, prescrittiva e organizzativa. Il confronto con i colleghi non può che essere di grande utilità". Logica conseguenza del lavoro in team è la presa in carico di specifiche attività, come il Progetto Arpa avviato dalla Asl 20 e illustrato nel

corso del seminario da **Margherita Andretta**, dirigente del Servizio farmaceutico dell'azienda sanitaria. Un progetto incentrato, appunto, sull'appropriatezza, con particolare attenzione alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto: "In questo ambito - rileva Andretta - sono previsti incentivi economici, come del resto previsto dai contratti nazionali della medicina generale. Il medico si sottopone a un periodo formativo per poi essere valutato (e nel caso premiato) per i risultati ottenuti".

► Equivalenti a cosa?

Terreno di confronto tra medici e farmacisti, il generico in Italia non decolla. Non solo, ma è il farmaco "fuori brevetto" in generale a diventare meno appetibile. "Da noi succede infatti - spiega **Giorgio Colombo**, docente di Organizzazione aziendale a Pavia - che una volta scaduto il brevetto un farmaco viene meno prescritto. È in generale l'*off patent* ad avere poco appeal. I generici puri, da parte loro, coprono solo il 12 per cento del mercato complessivo, siamo i penultimi in Europa. Peggio di noi solo la Grecia".

A concorrere al mancato decollo degli equivalenti un po' di confusione, soprattutto in termini di comunicazione al pubblico, ma non solo. "Si deve infatti distinguere - spiega **Achille Caputi**, ordinario di Farmacologia all'Università di Messina - tra equivalenza farmaceutica, equivalenza terapeutica e bioequivalenza. La definizione di



equivalenza farmaceutica implica che due medicinali che contengono la stessa quantità di principio attivo e hanno la stessa forma farmaceutica sono per definizione equivalenti farmaceutici. La bioequivalenza invece presuppone l'equivalenza farmaceutica ma non si limita a essa: due farmaci devono raggiungere, una volta somministrati al paziente, concentrazioni plasmatiche simili. Se questo succede, essi avranno anche un'equivalenza terapeutica". È difficile che due farmaci, siano essi *branded* o generici, determinino la stessa identica concentrazione plasmatica. Questo perché esiste una variabilità intra-e-interindividuale che influisce sull'assorbimento e che vale per tutti i farmaci. Come è noto il dosaggio di un farmaco è tarato sui 70 chilogrammi di peso, e quindi la sua concentrazione non può essere la stessa in individui che pesano 90 o 50 kg. "Convenzionalmente - sottolinea Caputi - un farmaco può essere considerato equivalente se i suoi parametri farmacocinetici (curva concentrazione/tempo) rientrano nell'intervallo del $\pm 20\%$ rispetto a quelli del farmaco originatore. Non è tanto importante, quindi, dimostrare la bioequivalenza assoluta tra due farmaci quanto evidenziare che non vi sia una differenza clinica rilevante. Quella che bisogna cercare è l'*essential similarity*". E gli eccipienti? Non possono fare la differenza. Quanto alla letteratura scientifica, Caputi ricorda che i dati attuali non supportano la superiorità terapeutica del *branded* rispetto al generico. Attenzione semmai "all'effetto nocebo": "Se il medico per primo non è convinto del generico - chiarisce Caputi - ancor meno lo sarà il paziente".

► In tema di sostituibilità

Da alcuni medici in platea arriva l'obiezione che non è la sostituibilità tra *branded* e generico a creare problemi ma quella tra generico e generico. Questa "sostituibilità continua" - che ha nel farmacista il suo braccio operativo - avrebbe effetti terapeutici negativi, oltre a ingenerare confusione nei pazienti. Riprende l'argomento **Lorenzo Adami**, segretario della Fimmg Verona, che pure ricorda come la gran parte dei medici di medicina generale del veronese sia del parere che occorra rendere più stretto il dialogo con i farmacisti. Lo hanno dichiarato in un apposito sondaggio formulato dalla Fimmg provinciale, che ha dato però anche altre risultanze, dalle quali emerge la propensione dei medici a considerare la prescrizione come un atto prioritario rispetto alla dispensazione del farmaco, anche se la legge consente al farmacista un certo margine di manovra. "La verità - afferma Adami - è che una volta fatta la prescrizione, noi non sappiamo che farmaco effettivamente prende il nostro assistito, proprio a causa della sostituibilità. Senza contare che molto spesso il paziente anziano rischia di confondere un medicinale con un altro". Una criticità tra le altre, legate all'improprio uso dei farmaci da parte dei cittadini in età avanzata. Per porre rimedio a questo stato di cose nasce il progetto, ancora in fase preparatoria, sulla "Compliance terapeutica del paziente anziano e fragile", per il quale la Fimmg cerca l'appoggio dell'associazione dei titolari di farmacia. Adami però invoca un maggiore ricorso alla dicitura "non sostituibile", da intendersi "non come una provocazione da parte del medico ma come un se-

gnale di *alert* rivolto al farmacista". E qui i motivi di attrito con il farmacista medesimo potrebbero non mancare. In ogni caso, l'obiettivo comune, per Adami, deve essere uno: far sì che il paziente anziano segua la propria cura utilizzando sempre il farmaco di quella determinata marca di generici, scelta ad hoc per lui.

"Riguardo alla sostituibilità - replica **Marco Bacchini**, presidente di Federfarma Veneto - bisogna pur ammettere che di fronte a numerose aziende produttrici di generici attive sul territorio anche il farmacista può trovarsi in difficoltà nella gestione del farmaco. Tanto più che a volte è il cittadino a non volere il farmaco prescritto dal medico ma quello a cui è abituato. Ricordiamoci che il farmacista è il tecnico del farmaco; in ogni caso la condivisione delle scelte terapeutiche, a 360 gradi, con il medico è fondamentale. Per questo spingiamo tanto per la ricetta elettronica. Questa interazione finora è un po' mancata, anche a causa di qualche reciproco pregiudizio".

In chiusura **Luigi Mezzalana**, responsabile del Dipartimento farmaceutico della Regione Veneto, ricorda che la nuova era dei farmaci biotecnologici - ad alto contenuto tecnologico e costosissimi - è alle porte e occorre che la sanità territoriale sia pronta all'evenienza: "Medici di base e farmacisti devono essere più informati sui farmaci biotecnologici. Attualmente, a dire il vero, entrambe le categorie sono tagliate fuori, visto che tali farmaci vengono distribuiti, in regime di distribuzione diretta, dalle strutture sanitarie pubbliche. "Per il futuro - ipotizza Mezzalana - si potrebbe pensare a una distribuzione diretta di questi medicinali per i primi due/tre anni, per poi passare alla distribuzione per conto, cioè attraverso la rete delle farmacie".

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

Sono stato in ospedale a visitare una anziana paziente che seguo a casa da parecchi anni. È demente, alettata e viene nutrita attraverso una PEG (gastrostomia endoscopica percutanea); è ricoverata per una polmonite.

Ho cercato la collega che la segue, dopo un po' di attesa, mi sono deciso a "disturbarla" mentre era nella stanza di altri pazienti; non ha nascosto il disappunto, mi sono permesso di interromperla mentre faceva il "giro" e mi sono permesso di chiedere informazioni sulla situazione clinica e sulla terapia che la mia paziente stava seguendo.

La collega ha perso cinque minuti per mostrarmi le radiografie e la cartella.

Sono tornato nella stanza della mia paziente e ho parlato con la figlia e il genero della signora, ho illustrato la situazione, ho spiegato loro la terapia in atto e i rischi che la signora stava correndo.

Fino ad allora non erano riusciti ad avere informazioni adeguate e ogni volta che provavano a chiedere veniva loro risposto con linguaggio tecnico e succinto.

"Sono commossa" per la sua presenza qui, mi ha detto la figlia.

È triste notare che una persona si possa addirittura commuovere perché un medico ha fornito le dovute informazioni; un diritto trasformato in elargizione.

Il "sono commossa" della figlia era l'altra faccia del non verbale "sono scocciata" della collega. Non dovrebbe esserci né commozione né scocciatura in un Paese normale.

Martedì

L'infermiera mi ha chiesto di controllare le prescrizioni di un paziente che continuava a richiedere un antidepressivo. Le ho chiesto di farlo attendere e di farlo parlare con me. Lo sguardo era cattivo, l'atteggiamento diffidente e di difesa. "Assumi psicofarmaci da parecchio tempo, non hai eseguito gli accertamenti che ti ho richiesto mesi fa, non ti fai vedere, non so come stai; come stai? Come posso curarti e prescriverti delle medicine se non conosco il tuo stato di salute?" "Sto bene, non sono matto! Quelli che mi seguono continuamente esistono sul serio, non me li sono inventati; non posso dirlo perché non mi credono, ho due bambine, ho paura che me le portino via, io non spaccio droga, cosa vogliono da me, non ho fatto niente, le mie bambine sono brave, non sono un delinquente, perché si nascondono? Perché mi seguono giorno e notte? Non so più dove fuggire".

L'atteggiamento aggressivo nel frattempo si era trasformato in una richiesta di aiuto e le parole sono state interrotte da un pianto a dirotto. Un quadro psicotico scompensato con delirio di persecuzione.

"Non ti preoccupare fidati di me, ti proteggerò io, ma aiutami ad aiutarti; intanto ti sarei grato se ti recassi in psichiatria per una consulenza". "Chiami mia moglie, è fuori in sala d'attesa". Giovane donna, vestita alla moda, sguardo incredulo e quasi inquisitorio "Ma come fa lei a dire che mio marito non sta bene?!"

Come a dire: "Ma come si permette!".

Mercoledì

Sono stato chiamato a constatare il decesso di un mio paziente novantaseienne. Alettato da tempo, demente, non si nutriva e non beveva ormai da parecchi giorni e la morte era annunciata.

La stanza, con una luce fioca (non ho mai visto quella stanza illuminata dal sole o da una lampada decente) era invasa da un odore acre, un insieme di stantio e marcio; il cadavere stava nel letto metallico con le spondine laterali ancora alzate come se potesse ancora muoversi e cadere. Il nipote, in bermuda e infradito, mi ha accompagnato dal nonno.

Tornato in studio, sono stato raggiunto dall'addetto delle pompe funebri, poco più che ventenne, jeans slavati, maglietta sudata, orecchino e una strana capigliatura. Con lo stesso comportamento di un impiegato svogliato mi ha passato i moduli di rito da compilare, intanto parlava con il nipote del defunto, sempre in bermuda e infradito, e rispondeva al telefonino.

Non so se qualcuno si ricordi ancora l'etimologia di "onoranze funebri", ho l'impressione che in questo nostro decaduto Paese si sia perso il significato dei passaggi importanti dell'esistenza. La perdita della forma è sicuramente perdita di sostanza.

Giovedì

Ho dato ai miei pazienti un numero di cellulare affinché mi possano trovare sempre fuori dall'orario di ambulatorio. Ho spiegato e scritto che il numero in questione è riservato alle urgenze e che non deve essere utilizzato al di fuori di questa evenienza.

Ovviamente mi sono, ancora una volta, illuso. Mi chiamano a tutte le ore per le cose più banali e in ogni caso non si fanno più scrupoli a chiamarmi, considerato che il servizio è ormai diventato un loro diritto ed essendo gratuito, naturalmente, va sfruttato al massimo.

Appena acceso il cellulare stamane ho trovato un messaggio: "Dottore mia sorella sta tanto

male, ha tossito tutta la notte, ha febbre, non respira, avrà sicuramente una polmonite, venga a vederla a casa". Mi sono recato a domicilio, la signora non aveva tosse, respirava benissimo, non aveva febbre e l'esame obiettivo era negativo. Me ne sono andato senza che nessuno mi dicesse almeno grazie.

Stasera la stessa persona mi scrive un altro messaggio: "Chiedo: l'avocado va bene per la mia dieta, ha controindicazioni anche se ne consumo in abbondanza? Grazie".

Venerdì

Senegalese quarantenne facchino in un hotel di lusso viene in ambulatorio: "Dottore ho mal di schiena, questi arabi hanno valige da quaranta chili e io ormai sono vecchio". "Hai una banale contrattura muscolare, niente di importante e poi non sei vecchio". "Voi non siete vecchi a quaranta anni ma noi, che veniamo dal Senegal, a quaranta anni siamo vecchissimi".

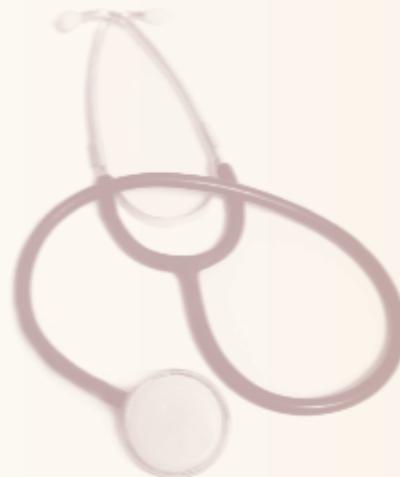
Sabato

Sono stato "invitato" ad un nuovo "Corso di formazione obbligatoria per medici di medicina generale" della durata di un sabato.

Da anni siamo sottoposti periodicamente a questo rito del fine settimana organizzato dal Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria; non vi è stata un'occasione in cui abbia appreso qualcosa di scientifico o professionale. Tutti gli incontri sono stati finalizzati o al controllo della spesa o ad argomenti amministrativi o a temi di organizzazione aziendale. Il titolo del prossimo è "Il miglioramento di qualità della pratica professionale oggi: rilevare e prevenire l'instabilità del paziente anziano fragile selezionando le informazioni da condividere in una logica di continuità della cura".

Probabilmente coloro che hanno deciso il corso hanno un po' di confusione in testa o anche questa volta l'obiettivo è tutt'altro che medico.

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **CARDIOLOGIA**

Evoluzione del trattamento dell'ipercolesterolemia

■ **CHIRURGIA**

Nuovo approccio chirurgico all'ernia inguinale

■ **GINECOLOGIA**

Novità in tema di contraccezione ormonale

■ **MALATTIE RARE**

Fibrosi polmonare idiopatica: la ricerca apre a nuove terapie

■ **ONCOLOGIA**

Diagnosi precoce di carcinoma ovarico in medicina primaria

■ **PNEUMOLOGIA**

Inibitori della fosfodiesterasi 4 nella broncopneumopatia cronica

■ **PSICHIATRIA**

Le prime linee guida nazionali sulla psicopatologia perinatale

■ **REUMATOLOGIA**

Terapie biologiche nelle malattie reumatiche

■ CARDIOLOGIA

Evoluzione del trattamento dell'ipercolesterolemia

Il trattamento dell'ipercolesterolemia è uno degli ambiti che negli ultimi decenni è stato oggetto di grandi cambiamenti, che si sono tradotti nella sintesi di molecole con sempre maggiore efficacia e profilo di tollerabilità elevati. Il tutto accompagnato da un accumulo di evidenze relative alla possibilità di ridurre gli eventi cardio e cerebrovascolari.

Tuttavia, come sottolineano gli esperti, non è importante solamente puntare alla riduzione del colesterolo, ma è anche necessario prestare attenzione al profilo lipidico nella sua interezza.

I dati dello studio SHARP (Study on Heart and Renal Protection, *Am Heart J* 2010; 160: 785-94) rappresentano un punto di svolta nella lotta all'ipercolesterolemia.

Questo trial ha, infatti, dimostrato sostanzialmente due concetti: il primo è che è possibile ridurre l'incidenza di complicanze cardiovascolari di natura aterosclerotica modulando il profilo lipidico dei pazienti con insufficienza renale cronica; e il secondo che tutto ciò può essere fatto attraverso l'impiego di una combinazione di due farmaci con diverso meccanismo d'azione (ezetimibe+simvastatina). Ciò significa che l'associazione, comportando un duplice meccanismo di attacco all'ipercolesterolemia consente di ottenere ri-

sultati più efficaci rispetto a quelli ottenuti in precedenza con le sole statine.

Lo studio SHARP è il più ampio studio clinico sinora condotto con ezetimibe+simvastatina, e ha coinvolto un totale di 9.438 pazienti con malattia renale cronica. Al momento dell'arruolamento nello studio, un terzo dei pazienti erano in dialisi per insufficienza renale e il rimanente non in dialisi ma con grave compromissione della funzione renale e con una velocità di filtrazione glomerulare (GFR) di 26.5 mL/min/1.73m². Dallo studio sono stati esclusi pazienti con un precedente episodio di infarto del miocardio o procedure di rivascolarizzazione. Al momento della randomizzazione il livello medio di colesterolemia LDL dei pazienti era pari a 108 mg/dL. I pazienti sono stati randomizzati, inizialmente con un rapporto 4:4:1, a ricevere rispettivamente ezetimibe+simvastatina 10/20 mg, placebo e simvastatina 20 mg. Dopo un anno i pazienti inizialmente in terapia con simvastatina sono stati nuovamente randomizzati a ricevere ezetimibe+simvastatina 10/20 mg una volta al giorno o placebo sino alla conclusione dello studio. Il periodo mediano di follow-up dei pazienti è stato di 4.9 anni.

L'endpoint primario dello studio (nei

due gruppi randomizzati a ezetimibe+simvastatina o placebo all'inizio dello studio) era l'incidenza di eventi vascolari maggiori, definiti come la combinazione di infarto miocardico non fatale o morte per cause cardiache, ictus o procedure di rivascolarizzazione. Nei pazienti trattati con ezetimibe+simvastatina è stata registrata una riduzione degli eventi vascolari maggiori del 16.1% rispetto al gruppo placebo (p=0.0010). Nei pazienti trattati con l'associazione di farmaci (n=4193) il 15.2% dei soggetti ha avuto un evento vascolare maggiore rispetto al 17.9% dei pazienti che ricevevano placebo (n=4191).

Inoltre, prendendo in considerazione l'intera popolazione dello studio, inclusi i pazienti che per il primo anno sono stati trattati con la sola simvastatina e che successivamente sono stati randomizzati a ezetimibe+simvastatina o placebo, l'associazione ha dimostrato di ridurre gli eventi vascolari maggiori del 15.3% rispetto al placebo (p=0.0012). La percentuale di eventi vascolari maggiori nei pazienti in terapia con ezetimibe+simvastatina (n=4659) è stata del 15.1%, rispetto al 17.6% dei pazienti trattati con placebo (n=4620).

La terapia con associazione ha permesso di ottenere una riduzione degli eventi aterosclerotici maggiori (una combinazione di infarto miocardico, mortalità coronarica, ictus ischemico o rivascolarizzazione) del 16.5% rispetto a placebo: l'incidenza di tali eventi è risultata del 11.3% nel gruppo in terapia con ezetimibe+simvastatina e del 13.4% nei pazienti che ricevevano placebo. Dopo 30 mesi, cioè circa a metà

dello studio, ezetimibe+simvastatina ha ridotto il colesterolo LDL del 30% rispetto ai valori del basale.

Gli autori sottolineano che la riduzione degli eventi vascolari maggiori e degli eventi aterosclerotici maggiori ottenuti nello studio SHARP con ezetimibe+simvastatina come effetto della riduzione del colesterolo LDL sono in linea con i risultati di una recente review effettuata considerando studi clinici con le statine di più ampio utilizzo (*Lancet 2010; 376: 1670-1681*). Confrontati con regimi terapeutici meno intensivi le strategie più aggressive

hanno prodotto un'ulteriore e significativa riduzione degli eventi vascolari maggiori: -13% per l'infarto miocardico ($p<0.0001$), -19% per le rivascolarizzazioni coronariche ($p<0.0001$) e -16% per l'ictus ischemico ($p=0.005$).

Nel complesso il profilo di sicurezza dell'associazione è risultato ottimale, con una incidenza di eventi indesiderati che non si discosta da quella del placebo. L'associazione è indicata, come terapia aggiuntiva alla dieta, in pazienti con ipercolesterolemia primaria (eterozigote familiare e non familiare) o in caso di iperlipidemia

mista quando la statina non è in grado di normalizzare il profilo lipidico e come terapia aggiuntiva alla dieta in pazienti con ipercolesterolemia familiare omozigote.

www.qr-link.it/video/0112



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente

QR-Code

■ CHIRURGIA

Nuovo approccio chirurgico all'ernia inguinale

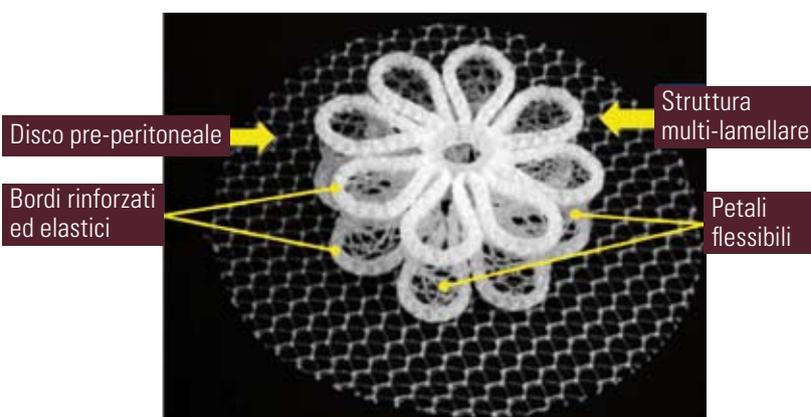
L'ernia inguinale è una malattia ad alto impatto sociale, caratterizzata da elevata frequenza. Interessa infatti il 15% della popolazione mondiale e colpisce soprattutto i soggetti di sesso maschile (che rischiano di svilupparla nel 27% dei casi) con un rapporto M/F di 8/1. La terapia è esclusivamente chirurgica. Gli interventi possono essere eseguiti con protesi o con sutura del difetto, con chirurgia a cielo aperto o laparoscopica. Un'alternativa proposta dalla scuola di Palermo, in particolare dal Prof. **Giuseppe Amato**, prevede l'inserimento di una protesi dinamica. La protesi (costruita in polipropilene,

un materiale sintetico di corrente utilizzo in chirurgia), è tridimensionale e viene impiantata senza punti di sutura. Ciò permette di evitare le complicanze tipiche degli interventi tradizionali, come gli strappi ai tessuti, il sanguinamento, il dolore cronico da "tensione" e il "nerve entrapment". A differenza delle protesi tradizionali, statiche e passive perché non seguono i movimenti naturali della regione inguinale, questo *device* rappresenta un concetto nuovo nel panorama della chirurgia. Infatti, muovendosi all'unisono con le strutture della zona inguinale e assecondandone i movimenti, la protesi non viene percepita come corpo estra-

neo dall'organismo. Ciò assicura importanti benefici per i pazienti, a partire dalla rapida incorporazione strutturale e biodinamica.

L'intervento nell'80% dei casi è in anestesia locale e in tempi brevi, meno di 30 minuti. Dal punto di vista dei pazienti, si riscontra una netta diminuzione delle complicanze postoperatorie, in particolare emorragie ed ematomi legati alla lacerazione dei punti di sutura. L'efficacia è stata validata da numerosi studi pubblicati su riviste internazionali. In particolare, uno studio (*Artificial Organs 2011; 35: E181-90*), ha dimostrato la superiorità della nuova protesi tridimensionale dinamica, rispetto alle tradizionali "reti".

Protesi dinamica in polipropilene



Protesi dinamica: risultati

- Intervento più semplice
- Intervento più veloce
- Riduzione delle complicanze intra- e post-operatorie
- No complicanze testicolari
- Eccellente compliance
- Riduzione del dolore post-operatorio
- Facile riscontro ecografico

www.qr-link.it/video0112



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

GINECOLOGIA

Novità in tema di contraccezione ormonale

La contraccezione ormonale non è più solo uno strumento per evitare gravidanze indesiderate, ma oggi viene modulata e ripensata anche per salvaguardare il sistema riproduttivo femminile nel tempo. Le formulazioni di 24 giorni di assunzione e 4 di interruzione vanno anche in questa direzione: risultano più efficaci nella protezione dell'ovaio e riducono le oscillazioni ormonali che si verificano nella fase dell'interruzione.

Tra le novità più interessanti vi è la recente disponibilità di nuovo contraccettivo orale combinato. La nuova pillola combinata monofasica (Zoely, Teva-Theramex) che contiene 1.5 mg di estradiolo e 2.5 mg di nomegestrolo acetato. Il regime è a ciclo esteso, con 24 pillole attive e 4 placebo. L'effetto contraccettivo si basa sull'interazione di vari fattori, i più importanti dei quali sono l'inibizione dell'ovulazione e le alterazioni della secrezione cervicale.

L'estradiolo ha una composizione che è strutturalmente identica a quella degli estrogeni prodotti naturalmente dalle ovaie femminili (l'estrogeno contenuto nella nuova pillola è il 17 β -estradiolo,

un estrogeno naturale identico al 17 β -estradiolo endogeno umano). La combinazione offre diversi vantaggi: innanzitutto, l'estradiolo non ha i potenti effetti epatici dei precedenti estrogeni. L'etinilestradiolo, di solito usato, può essere 100, 300 o 500 volte più potente dell'estradiolo, a seconda del set di enzimi epatici che lo trasformano in estradiolo di cui ogni donna è dotata, mentre l'estradiolo subisce un'inattivazione con sistemi più stabilizzati, normali per il fegato, non legati alla differenza interindividuale.

Il nomegestrolo si contraddistingue per avere, oltre a un eccellente legame con il recettore per il progesterone, solo un modesto effetto antiandrogenico, considerato benefico (in relazione ad alcuni inestetismi) e non ha altre interazioni recettoriali. Clinicamente svolge un'efficace protezione endometriale, importante per esempio nelle donne dai 35 ai 50 anni, in cui sono frequenti patologie dell'endometrio, per esempio lo sviluppo di polipi. Da sottolineare che il contraccettivo determina la presenza di una quantità minore di flusso mestruale, e di più breve durata, e che non altera i parametri lipidici, del metabolismo glucidico e della coagulazione.

Analisi dagli studi

Il nuovo contraccettivo è stato analizzato nell'ambito di due studi ai quali hanno partecipato complessivamente 4.433 donne di età compresa tra i 18 e i 50 anni (*Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011; 16: 430-443; 458-67).

Le donne partecipanti agli studi sono state trattate con il nuovo contraccettivo o con un'altra pillola contenente drospirenone ed etinilestradiolo per un anno (13 cicli mestruali).

Il principale indicatore dell'efficacia era il numero di gravidanze registrate in donne di età compresa tra 18 e 35 anni nel corso del trattamento o poco dopo la sua interruzione, espresso in termini di percentuale di gravidanze utilizzando l'indice Pearl.

Nelle donne di 18-35 anni, l'indice Pearl si aggirava intorno a 0.4 con il nuovo contraccettivo e 0.8 con il medicinale di confronto nel primo studio, e intorno a 1.2 e 1.9 nel secondo studio.

Gli effetti indesiderati più comuni sono stati acne e alterazioni del ciclo mestruale (come per esempio, assenza o irregolarità).

www.qr-link.it/video/0112



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ MALATTIE RARE

Fibrosi polmonare idiopatica: la ricerca apre a nuove terapie

I pazienti con fibrosi polmonare idiopatica possono oggi contare su una opzione terapeutica che ha dimostrato la sua efficacia in due trial di recente pubblicazione. Si tratta di pirfenidone, farmaco approvato per il trattamento della fibrosi polmonare idiopatica (FPI), disponibile in Italia nella prima metà del 2012. La malattia – progressiva, debilitante e con esito fatale – interessa circa 200.000 persone in Europa e negli Stati Uniti. La sua progressione è eterogenea, ma evolve inevitabilmente verso il deterioramento dell'architettura polmonare e quindi della funzionalità respiratoria. Il tempo di sopravvivenza dalla diagnosi varia dai 2 ai 5 anni, con un tasso di sopravvivenza a cinque anni pari a circa il 20%. I pazienti con diagnosi di FPI hanno in genere un'età compresa tra i 40 e i 70 anni – con un'età media di 63 anni – e la malattia è leggermente più frequente tra le donne.

I risultati dei due trial (*Lancet* 2011; 377: 1760-69) dimostrano gli effetti positivi del trattamento con il nuovo farmaco antifibrotico e antinfiammatorio nei pazienti affetti da FPI da lieve a moderata.

► Programma di studi

Il Programma CAPACITY comprende due studi di fase 3 internazionali, in doppio cieco e controllati con placebo (Studio 004 e Studio 006) condotti contemporaneamente in 779 pazienti affetti da FPI, di età compresa tra i 40 e gli 80 anni, presso 110 centri dislocati in Australia, Europa e Nord America.

I pazienti sono stati randomizzati all'assunzione orale di pirfenidone (2.403 mg/die) o di placebo per almeno 72 settimane, al fine di valutare l'eventuale riduzione del deterioramento della funzione polmonare (FVC) indotta da pirfenidone.

Nello Studio 004, pirfenidone ha ridotto il declino della FVC ($p=0.001$), con una riduzione media alla 72^a settimana dell'8.0% e del 12.4%, rispettivamente nei gruppi pirfenidone e placebo, con una differenza del 4.4%. Un significativo effetto del trattamento è stato registrato a tutti i momenti di valutazione a partire dalla 24^a settimana e per tutto il periodo dello studio ($p=0.0007$).

Nello Studio 006, la differenza tra gruppi della variazione di FVC

non ha raggiunto, alla 72^a settimana la significatività statistica; è però emerso un consistente effetto di pirfenidone fino alla 48^a settimana ($p=0.005$). Nell'analisi aggregata, pirfenidone ha determinato un prolungamento della sopravvivenza libera da progressione del 26% rispetto a placebo. L'analisi dell'endpoint primario nella popolazione aggregata ha inoltre evidenziato un effetto del trattamento con pirfenidone sulla FVC percentuale attesa alla 72^a settimana ($p=0.005$). La variazione media è stata -8.5% nei pazienti del gruppo pirfenidone e -11% nel gruppo placebo; inoltre, nel gruppo aggregato in trattamento con pirfenidone una percentuale inferiore di pazienti ha evidenziato un calo della FVC pari almeno al 10%.

I risultati dello studio confermano che pirfenidone è un trattamento orale in genere ben tollerato. Le reazioni avverse più frequenti a pirfenidone sono risultate: nausea (36 vs 17%), dispepsia (19 vs 7%), vomito (14 vs 4%), anoressia (11 vs 4%), fotosensibilità (12 vs 2%), rash (32 versus 12%), vertigine (18 vs 10%).

www.qr-link.it/video/0112



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente

QR-Code

■ ONCOLOGIA

Diagnosi precoce di carcinoma ovarico in medicina primaria

Nonostante la natura non specifica dei sintomi la diagnosi precoce oltre alla prevenzione delle recidive sono le due grandi sfide che riguardano il tumore dell'ovaio. I dati italiani evidenziano che ogni anno 4.500 donne vengono colpite dal carcinoma dell'ovaio e 3.000 sono i decessi, che in gran parte potrebbero essere evitati. Infatti 8 volte su 10 la diagnosi giunge quando il cancro è già in fase avanzata. Identificare la presenza di un tumore ovarico allo stadio II migliora sensibilmente la sopravvivenza (fino all'80%), ma il dato crolla al 30% se la diagnosi avviene allo stadio III. Per riuscire a vincere la sfida è fondamentale una gestione della malattia condivisa tra Mmg e specialisti.

L'Università di Nottingham (UK) ha condotto uno studio di coorte che ha permesso di identificare e confermare la validità di una serie di fattori predittivi indipendenti che potrebbero facilitare, nell'ambito della medicina di primo livello, l'identificazione delle donne a maggior rischio di cancro dell'ovaio (Hippisley-Cox J, Coupland C. Identifying women with suspected ovarian cancer in primary care: derivation and validation of algorithm. *BMJ* 2012; 344

doi: 10.1136/bmj.d8009). Tali fattori di rischio e sintomi (età, storia familiare e personale, consumo di alcol, fumo, presenza di alcuni sintomi sospetti), hanno mostrato di possedere un buon potere predittivo.

Utilizzando dati degli ambulatori britannici di medicina primaria di un archivio elettronico, le autrici hanno incluso nello studio un ampio numero di donne di età compresa tra 30-84 anni, senza diagnosi di tumore ovarico al basale né sintomi, quali perdita di appetito e/o di peso, dolore addominale, distensione addominale, sanguinamento rettale, sanguinamento postmenopausale nei 12 mesi precedenti. L'endpoint

primario era la diagnosi di carcinoma ovarico nei due anni seguenti.

► Risultati

Nella coorte di pazienti si sono registrati 976 casi di cancro dell'ovaio, su 2.03 milioni di anni-persona. I fattori predittori indipendenti identificati in questo studio sono stati: l'età, una storia familiare di tumore ovarico (aumento del rischio di 9.8 volte), l'anemia (2.3 volte), il dolore addominale (7 volte), la distensione addominale (23 volte), il sanguinamento rettale (2 volte), il sanguinamento postmenopausale (6.6 volte), la perdita di appetito (5.2 volte) e la perdita di peso (2 volte).

In fase di validazione, l'algoritmo ha mostrato buone capacità predittive: nel 10% delle donne che avevano il rischio maggiore è stato registrato il 63% di tutti i tumori dell'ovaio diagnosticati nei due anni successivi.

Tumore ovarico: Hazard Ratio aggiustati per il modello finale

	HR (95% CI)
• Storia familiare di tumore ovarico	9.8 (5.4 to 17.8)
• Emoglobina <110 g/L nell'ultimo anno	2.3 (1.7 to 2.9)
• Sintomi:	
• Dolore addominale	7.0 (6.1 to 8.0)
• Distensione addominale	23.1 (18.2 to 29.4)
• Perdita di appetito	5.2 (3.4 to 7.9)
• Sanguinamento rettale	2.0 (1.4 to 2.8)
• Sanguinamento postmenopausale	6.6 (5.1 to 8.5)
• Perdita di peso	2.0 (1.3 to 3.1)

■ PNEUMOLOGIA

Inibitori della fosfodiesterasi 4 nella broncopneumopatia cronica

Per la terapia della broncopneumopatia cronica ostruttiva è disponibile anche in Italia roflumilast, un nuovo farmaco che contribuisce a prevenire le riacutizzazioni in pazienti il cui fenotipo è caratterizzato da riacutizzazioni frequenti e bronchite cronica.

Roflumilast, frutto della ricerca Nycomed, è il capostipite della nuova classe degli inibitori della fosfodiesterasi 4 (PDE-4), che ha come bersaglio l'infiammazione sottostante specifica della BPCO.

L'enzima PDE-4 è presente in una grande varietà di cellule infiammatorie (inclusi neutrofili e altri leucociti) associate all'infiammazione correlata alla BPCO. In queste cellule, l'enzima PDE-4 degrada l'adenosina monofosfato ciclico (cAMP) in un composto inattivo. L'inibizione dell'enzima PDE-4 previene la degradazione del cAMP e ne mantiene i livelli elevati. Questo riduce le funzioni pro-infiammatorie di queste cellule.

► Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Roflumilast è indicato per il trattamento di mantenimento della BPCO grave (VEMS₁ post-broncodilatatore

inferiore al 50% del teorico) associata a bronchite cronica in pazienti adulti con anamnesi di riacutizzazioni frequenti, in aggiunta al trattamento con broncodilatatori.

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ha aggiunto gli inibitori della fosfodiesterasi 4 come nuova categoria nell'aggiornamento del Progetto mondiale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO, ovvero le linee guida riconosciute a livello internazionale e basate sulle evidenze per la BPCO.

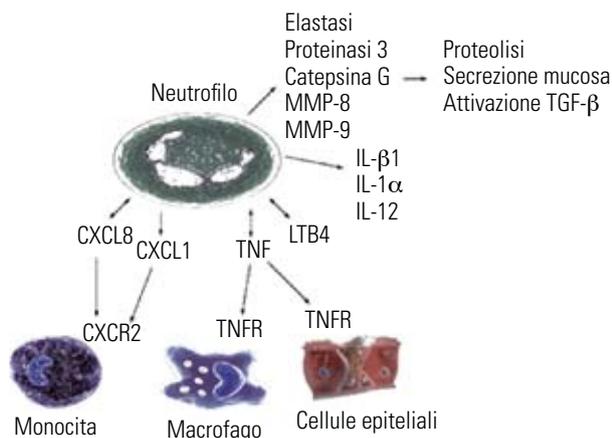
Le linee guida riconoscono l'azione principale degli inibitori della PDE-4 come antinfiammatori, nonché l'efficacia di roflumilast: "In pazienti in stadio III - BPCO grave o in stadio IV - BPCO molto grave e con storia di bronchite cronica e riacutizzazioni, roflumilast riduce le riacutizzazioni trattate con glucocorticosteroidi orali. Questi effetti si osservano anche quando roflumilast viene aggiunto a broncodilatatori a lunga durata d'azione".

► Conferme dalla letteratura

L'indicazione trova conferma nei risultati di quattro studi di fase III (*Lancet* 2009; 374: 685-703).

In due studi controllati con placebo, della durata di 12 mesi, in cui sono stati arruolati complessivamente oltre 3.000 pazienti affetti da BPCO grave associata a bron-

Mediatori rilasciati dai neutrofili che contribuiscono alla BPCO



Mod da Expert Rev Resp Med 2008

chite cronica e con anamnesi di riacutizzazioni, roflumilast ha ridotto significativamente le riacutizzazioni del 21% ($p < 0.001$) e ha migliorato la funzionalità polmonare quando è stato aggiunto a un regolare trattamento a base di broncodilatatori con beta-2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA). Le riacutizzazioni sono associate a un aumento della morbilità nei pazienti affetti da BPCO e la loro riduzione è un obiettivo fondamentale del trattamento di questa malattia. In altri due studi condotti in un

periodo di sei mesi, roflumilast ha dimostrato un miglioramento statisticamente significativo della funzionalità polmonare rispetto al placebo quando è stato aggiunto ai broncodilatatori a lunga durata d'azione di uso comune tiotropio o salmeterolo.

Gli effetti significativi sulla funzionalità polmonare sia negli studi di sei mesi che in quelli di dodici mesi si sono osservati nelle prime 4-8 settimane di trattamento con roflumilast e sono stati mantenuti per l'intera durata degli studi.

Roflumilast ha mostrato di essere generalmente ben tollerato e i dati dimostrano che può essere somministrato in concomitanza con broncodilatatori.

www.qr-link.it/video/0112



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ PSICHIATRIA

Le prime linee guida nazionali sulla psicopatologia perinatale

■ **Patrizia Lattuada**

Il periodo perinatale, che si estende dalla gravidanza fino al 1° anno post partum, è uno dei momenti più delicati della vita di una donna in cui diventa più vulnerabile, anche a seguito di diversi fattori di natura biologica, ormonale, psicologica e relazionale.

In questo periodo si possono presentare una considerevole variabilità di disturbi mentali che richiedono un'adeguata identificazione e una conseguente corretta gestione. Circa il 16% delle donne soffre di un disturbo mentale con ripercussioni importanti sulla puerpera, sul bambino, sulla relazione mamma-bambino e su tutto l'entourage familiare.

Per fornire elementi di prevenzione, diagnosi e trattamento sono state recentemente presentate le prime "Linee guida italiane sulla psicopatologia perinatale". Il documento è frutto di un network di lavoro formato da numerosi specialisti e da sei centri d'eccellenza di Milano, Torino, Pisa, Ancona, Napoli e Catania, coinvolti nel progetto dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna.

Basate sulla conoscenza clinica e di ricerca e su linee guida internazionali

filtrate con la realtà italiana, le linee guida sono un contributo per gli operatori che giungono a contatto con la maternità (medico di medicina generale, ginecologo, neonatologo, pediatra), e un ausilio per identificare i fattori di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia nella donna, per riconoscere la patologia e forniscono indicazioni sul percorso di cura prima dell'invio allo specialista.

▶ **Prevenzione**

Nel documento particolare cura è stata dedicata alla prevenzione. Vengono identificati i fattori di rischio per le singole tipologie psicopatologiche, che andrebbero indagati anche attraverso un'indagine della storia di vita della donna che consideri non solo l'anamnesi medica ma anche familiare, biologica (ormonale) e ambientale.

Questo aspetto consente una diagnosi più accurata sia in relazione alla sintomatologia sia all'intensità dei disturbi d'ansia e affettivi e alle ripercussioni disfunzionali nell'esperienza di maternità. Un'attenta analisi è essenziale infatti per stabilire l'approccio terapeutico, che si avvale nei casi lievi

di interventi psicoeducazionali con visite medico-psichiatriche di controllo e in condizioni cliniche medio-gravi di interventi più strutturati con l'ausilio di farmaci e psicoterapia.

▶ **Differenziazione dei disturbi**

Depressione

Si manifesta nel 10% delle donne, con un picco di frequenza alla 32° settimana. Essa può essere la manifestazione di un *continuum* depressivo o una ricorrenza di una condizione precedente. Sono a maggior rischio le donne che hanno sospeso un trattamento antidepressivo per la gravidanza, più soggette anche a depressione post partum.

Ansia

L'ansia in gravidanza è associata a conseguenze negative sullo sviluppo fetale e alla possibilità di manifestare una depressione post partum. La maggiore difficoltà ad individuare i disturbi d'ansia durante la gravidanza è dovuta alla sovrapposizione di sintomi fisici e psichici propri dell'esperienza di gravidanza.

Maternity blues

Con una incidenza del 50-80%, il *maternity blues* si manifesta con un decorso transitorio e reversibile determinato dalla brusca caduta dei livelli estro-progestinici che tende alla risoluzione spontanea entro una settimana/10 giorni. Nelle donne affette da *maternity blues* si è riscontrato un rischio di sviluppare depressione post partum di 3.8 volte maggiore e un rischio di 3.9 volte maggiore di ma-

nifestare una patologia dello spettro d'ansia rispetto alle restanti donne.

Depressione post partum

Colpisce il 10-15% delle donne durante il primo anno di vita del bambino, con manifestazioni immediatamente successive al parto, il più delle volte entro i 4-6 mesi dalla nascita del bimbo. Esiste una relazione tra depressione postnatale e ogni tipo di disturbo psichiatrico precedente. Questa correlazione diventa più forte quando riguarda l'insorgere della depressione nel corso della gravidanza.

Psicosi puerperale

Si manifesta 1/1000 parti di bambini nati vivi. Se una donna ha manifestato un episodio di psicosi puerperale avrà un rischio del 25-75% di avere una ricaduta nelle gravidanze successive.

Disturbo della relazione madre-bambino

La relazione madre-bambino inizia già durante la gravidanza e consiste in idee ed emozioni attivate dal bambino che trovano la loro espressione nei comportamenti affettivi e protettivi della madre. Si differenzia dalla depressione post partum perché il disturbo è centrato sull'inadeguata risposta emotiva della madre verso il proprio bambino. In una minoranza, circa l'1%, si sviluppano emozioni negative verso il bambino che possono raggiungere sentimenti di antipatia, odio o rifiuto fino a rabbia patologica quando le richieste del bambino suscitano nella mamma impulsi aggressivi che possono portare alle urla, all'abuso e in casi estremi all'infanticidio.

Tabella 1

Opzioni terapeutiche in gravidanza e nel post partum

Trattamenti non farmacologici	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi psicoeducazionali • Psicoterapia <ul style="list-style-type: none"> <i>Terapia cognitivo-comportamentale</i> <i>Terapia interpersonale</i> <i>Terapia psicodinamica</i> • Supporto psicologico • Tecniche di rilassamento
Trattamento farmacologico	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivi • Ansiolitici • Stabilizzatori dell'umore • Antipsicotici
Trattamento combinato	Un approccio integrato - farmaco e psicoterapia - è il miglior intervento terapeutico che si possa strutturare e con il quale si raggiunge il maggior successo di guarigione dai sintomi

► Trattamento

Nel documento sono riportati diversi suggerimenti utili al fine di impostare gli opportuni trattamenti (*tabella 1*).

Il documento è un contributo per sfatare i tanti luoghi comuni che aleggiano attorno al periodo perinatale. Secondo il Prof. **Claudio Mencacci**, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'AO Fatebenefratelli di Milano, tra gli autori del documento, l'indicazione che, prima di ricercare una gravidanza sia necessario interrompere il trattamento antidepressivo si sta rilevando profondamente errata e non tiene conto del fatto che ansia e depressione in gravidanza non opportunamente monitorate e, se necessario trattate, sono causa di gravi conseguenze per la madre, il feto e il nascituro. Tali conseguenze, ormai

ampiamente documentate, non sono solo di carattere psichico-emotivo, ma possono essere anche fisiche, tanto che nella bilancia rischi-benefici - se proseguire o interrompere la terapia - la prevalente letteratura indica il proseguimento del trattamento farmacologico con antidepressivi e/o benzodiazepine in gravidanza e, se necessario, nel post partum. Inoltre, con un attento monitoraggio, la madre non perde la possibilità dell'allattamento.

www.qr-link.it/video/0112



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ REUMATOLOGIA

Terapie biologiche nelle malattie reumatiche

Nella terapia delle malattie muscolo scheletriche infiammatorie i farmaci biologici rappresentano un'importante risorsa. Il loro utilizzo richiede però specifiche competenze e puntuali aggiornamenti per quanto riguarda l'appropriatezza, il monitoraggio e la gestione delle reazioni avverse.

Per definire criteri precisi e per supportare i medici nell'individuazione del migliore trattamento che tenga conto della specificità del singolo paziente, la Società Italiana di Reumatologia, in occasione del recente Congresso nazionale di Rimini, ha aggiornato le Linee guida sul trattamento con farmaci biologici dell'artrite reumatoide e dell'artrite psoriasica, oltre a illustrare le nuove linee guida della ASAS (Assessment of Spondylo-Arthritis international Society) per l'utilizzo dei farmaci biologici in pazienti con spondilite anchilosante.

► Indicazioni

Le raccomandazioni definiscono quali pazienti sono eleggibili al trattamento con farmaci biologici e che possono realmente trarne un beneficio.

■ **Artrite reumatoide:** viene raccomandato di trattare con i nuovi farmaci quei pazienti che hanno mostrato una risposta insufficiente al metotrexato (trattamento di elezione), somministrato per un periodo di almeno 3 mesi al più alto dosaggio tollerato, coloro che presentano controindicazioni o intolleranza, e che non abbiano risposto ad altri farmaci quali leflunomide, sulfasalazine o ciclosporina, presi per almeno 3 mesi alla dose ottimale.

Tra i soggetti eleggibili anche chi ha un alto livello di attività di malattia da almeno un mese o chi presenta, indipendentemente dall'attività della malattia, un progressivo danno alle articolazioni.

Nel documento viene sottolineato come ci siano anche dei criteri di esclusione da non sottovalutare, come ad esempio la presenza di infezioni, tra cui la tubercolosi.

■ **Artrite psoriasica:** i criteri di individuazione del paziente devono tenere conto dei diversi sottotipi clinici (artrite periferica, spondilite, entesite e dattilite).

■ **Spondilite anchilosante:** le terapie anti-TNF sono raccomandate nei pazienti che non hanno ottenuto risultati positivi dal trattamento

con almeno 2 diversi Fans per un periodo di almeno 4 settimane.

Inoltre, per accelerare i tempi di diagnosi e terapia le linee guida indicano nuovi criteri diagnostici, che tramite la risonanza magnetica, identificano i pazienti con malattia in fase precoce.

Sono attualmente in corso studi di valutazione degli effetti positivi dei farmaci anti-TNF nel contrastare la cosiddetta "colonna a canna di bambù", quel processo di ossificazione della colonna che si sviluppa nel corso del tempo.

► Safety

Gli esperti hanno incluso alcune raccomandazioni di *safety* per sospendere la somministrazione in caso di mancanza di risposta alla terapia, insorgenza di reazioni avverse o di altre malattie, eventi da non escludere nonostante i biologici presentino ottimi profili di sicurezza, o in caso di remissione della malattia. Viene indicato il monitoraggio continuo dei pazienti, sottoponendoli a screening per alcuni virus e batteri, in previsione e durante il trattamento, in quanto l'inibizione di TNF potrebbe influire sulla risposta immunitaria.

www.qr-link.it/video/0112



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Holter pressorio nell'ambulatorio di medicina generale

Condotta nel setting della medicina generale, la ricerca - della durata di un anno - ha permesso, tramite i dati registrati con l'holter pressorio, la valutazione dei risultati ottenuti dalle terapie instaurate, una sensibilizzazione dei pazienti e una loro corretta adesione alle terapie, nonché l'individuazione di nuovi pazienti ipertesi. Lo studio suggerisce che se l'holter pressorio, così come altre metodiche, trovasse più largo impiego in medicina generale, si otterrebbero molteplici vantaggi: corretta presa in carico degli assistiti, diagnosi più precoce, snellimento delle liste d'attesa

Leonida Iannantuoni

*Medico di medicina generale, Foggia
Docente Corso di Formazione Specifica
AIMEF, WONCA Member*

Luca Mazzeo

*Medico in formazione
Foggia*

L'ipertensione arteriosa rappresenta una patologia sociale con un'incidenza che aumenta con l'età. Secondo stime del Ministero della Salute, oggi in Italia sono affetti da ipertensione arteriosa circa il 21% degli uomini e il 24% delle donne, pari a oltre 10 milioni di persone che risulterebbero ipertese, con un picco massimo nelle fasce di età oltre i 45-50 anni.

Secondo le linee guida della Società Europea di Ipertensione Arteriosa (ESH) e della Società Europea di Cardiologia (ESC) dobbiamo attenerci, nella diagnosi e valutazione del paziente iperteso, ai valori riportati in *tabella 1*.

Nella gestione dei nostri pazienti si è voluto andare oltre l'occasionale semplice misurazione sfigmomanometrica della PA, pertanto, grazie ad una convenzione con una società di telemedicina, ci siamo dotati di idonea apparecchiatura per l'esecuzione dell'holter pressorio.

► **Materiali e metodi**

Nell'indagine è stato sottoposto a controllo un campione di 149 pazienti, compreso in una fascia di età tra i 31 e i 90 anni (maschi 64, femmine 85) (*tabella 2*).

In tale studio, della durata di un anno, sono stati arruolati pazienti, residenti nel comune di Foggia, in

Tabella 1

Definizione e classificazione dei valori di pressione arteriosa

	Pressione arteriosa sistolica (mmHg)		Pressione arteriosa diastolica (mmHg)
Ottimale	<120	e	<80
Normale	120-129	e/o	80-84
Normale-alta	130-139	e/o	85-89
Ipertensione di grado 1	140-159	e/o	90-99
Ipertensione di grado 2	160-179	e/o	100-109
Ipertensione di grado 3	≥180	e/o	≥110
Ipertensione sistolica isolata	≥140	e	<90

L'ipertensione sistolica isolata è suddivisa anch'essa in gradi 1, 2, 3 a seconda dell'entità dell'incremento pressorio sistolico nei range indicati, mentre i valori pressori diastolici rimangono per definizione <90 mmHg. I gradi 1, 2, 3 corrispondono alla classificazione di ipertensione lieve, moderata e grave. Questa terminologia è stata omessa per non creare problemi interpretativi con la quantificazione del rischio cardiovascolare globale.

J Hypertens 2007; 1105-87

carico a quattro medici di medicina generale operanti negli stessi ambulatori.

I pazienti sono stati selezionati in base alla loro nota storia clinica di ipertensione arteriosa o in seguito a riscontro, in più occasioni, di valori pressori deponenti per un quadro ipertensivo.

Per l'esecuzione dello studio è stato utilizzato:

- registratore modello "Device Walk 200b" a trasmissione wireless;
- telefono cellulare con funzione di modem, completo di software per la gestione e invio del tracciato.

L'esecuzione materiale dell'esame (preparazione del paziente e corretta applicazione del bracciale, attivazione della registrazione, collegamento con la centrale, invio dei dati al termine dell'esame e successiva stampa dei tracciati) è stata svolta dall'infermiera di studio, opportunamente addestrata. Nell'impostazione dei parametri di valutazione, ci si è basati sui valori riportati in *tabella 3*.

► Risultati

L'indagine ha permesso di effettuare 21 nuove diagnosi di ipertensione arteriosa, distinguendo i veri ipertesi da casi di "ipertensione da camice bianco" (*tabella 4*), di distinguere i pazienti a cui la terapia controllava con successo i valori pressori, da quelli a cui si è reso necessario un aggiustamento, posologico o con aggiunta di nuove molecole, della terapia stessa (*tabella 5*) non essendosi ottenuto il risultato desiderato o per un non raggiungimento dei valori pressori prefissati (*tabelle 6, 7 e 8*) o perché non si era ottenuto l'effetto *dipper* (*tabelle 9 e 10*).

Tabella 2

Pazienti arruolati per sesso ed età

Età	Maschi	Femmine	Totale
<40	1	4	5
41-50	5	15	20
51-60	17	16	33
61-70	24	29	53
71-80	14	17	31
>80	3	4	7
Totale	64	85	149 (64 maschi - 85 femmine)

Tabella 3

Valori soglia di PA per effettuare la diagnosi di ipertensione in base alle diverse modalità di misurazione pressoria

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Sfigmomanometrica o clinica	140	90
Monitoraggio ambulatoriale delle 24 ore	125-130	80
Periodo diurno*	130-135	85
Periodo notturno*	120	70
Domiciliare	130-135**	85

* Valori non presenti nelle precedenti linee guida

** In precedenza indicato solo 135

Tabella 4

Casistica

• Nuove diagnosi	21 (14.1%)
• Ipertensione da camice bianco	26 (17.5%)
• Follow-up	102 (68.4%)

Tabella 5

Pazienti sottoposti a follow-up con pieno o parziale successo terapeutico

• Validità terapia in atto	78 (76.5%)
• Modificazioni terapia	24 (23.5%)

Tabella 6

Risultati delle registrazioni

Pressione arteriosa	Maschi	Femmine	Totale	%
Ottimale/normale	43	67	110	73.3%
Normale alta	13	8	21	14.1%
Iperensione 1° grado	7	5	12	8%
Iperensione 2° grado	0	2	2	1.4%
Iperensione 3° grado	0	0	0	0%
Sistolica isolata	1	3	4	2.7%
Totale	64	85	149	

Tabella 7

Risultati delle registrazioni per sesso (M) ed età

Maschi

Età	Normale	Norm./alta	Iperens. 1° grado	Iperens. 2° grado	Iperens. 3° grado	Sistolica isolata
<40	1	0	0	0	0	0
41-50	3	1	1	0	0	0
51-60	11	6	0	0	0	0
61-70	15	6	3	0	0	0
71-80	11	0	3	0	0	0
>80	2	0	0	0	0	1
Totale	43	13	7	0	0	1

Tabella 8

Risultati delle registrazioni per sesso (F) ed età

Femmine

Età	Normale	Norm./alta	Iperens. 1° grado	Iperens. 2° grado	Iperens. 3° grado	Sistolica isolata
<40	4	0	0	0	0	0
41-50	12	2	1	0	0	0
51-60	12	1	2	1	0	0
61-70	25	1	2	1	0	0
71-80	11	4	0	0	0	2
>80	3	0	0	0	0	1
Totale	67	8	5	2	0	3

► Considerazioni

Lo studio ha permesso, tramite i dati registrati, la valutazione obiettiva dei risultati ottenuti dalle terapie instaurate, una sensibilizzazione dei pazienti a una corretta adesione alla terapia farmacologica e comportamentale prescritta (attività fisica, calo ponderale, abolizione del fumo, corretta alimentazione), nonché l'individuazione di nuovi ipertesi e il loro corretto trattamento.

A tal proposito ha sorpreso il riscontro di un elevato numero, 26 casi (pari al 17.5% delle misurazioni effettuate), di ipertensioni da camice bianco. Ciò potrebbe suggerire una estensione, prima dell'instaurarsi di una terapia farmacologica, della metodica a tutti i pazienti "sospetti" di ipertensione, al fine di evitare la prescrizione di farmaci inutili e, in tal caso, dandosi tanto per il paziente che per la spesa pubblica.

► Conclusioni

Ci sia consentito un piccolo senso di orgoglio nel constatare che il 76.5% dei pazienti trattati e oggetto del follow-up sono risultati, comunque, non abbisognevoli di aggiustamenti terapeutici, d'altro canto il dato del 23.5% di soggetti che hanno necessitato di variazioni della terapia deve essere di sprone a considerare l'ipertensione per quello che è: una patologia cronica con possibile ingravescenza, nonostante le terapie instaurate.

I risultati conseguiti, se mai ve ne fosse bisogno, hanno confermato l'utilità dell'esecuzione di una diagnostica di primo livello nello studio del medico di famiglia.

Ove tali metodiche, holter presso-

Tabella 9

Risultati delle registrazioni (M) per effetto dipper/non dipper

MASCHI Dipper/non Dipper

Età	Normale		Normale/alta		Ipertensione 1° grado		Ipertensione 2° grado		Ipertensione 3° grado		Sistolica isolata	
	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper
<40	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41-50	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
51-60	9	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
61-70	12	3	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0
71-80	4	7	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
>80	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Tabella 10

Risultati delle registrazioni (F) per effetto dipper/non dipper

FEMMINE Dipper/non Dipper

Età	Normale		Normale/alta		Ipertensione 1° grado		Ipertensione 2° grado		Ipertensione 3° grado		Sistolica isolata	
	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper	Dipper	Non Dipper
<40	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41-50	9	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
51-60	9	3	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
61-70	17	8	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0
71-80	4	7	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2
>80	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

rio, studio ultrasonografico del calcagno (*si veda M.D. 2010; 22: 20-1*), ecotomografie, ecc, trovassero più largo impiego, si otterrebbero molteplici vantaggi: una corretta e completa presa in carico degli assistiti, una diagnosi più precoce, uno snellimento delle liste d'attesa tramite l'invio al collega specialista di branca solo dei casi dubbi.

► Riflessioni

Visti i costi di acquisto e gestione dell'idonea attrezzatura la "parte pubblica" non può e non deve affidarsi solo alla buona volontà dei medici di famiglia.

Sarebbe auspicabile che nei prossimi rinnovi contrattuali tali esami vengano inseriti nell'elenco delle

"prestazioni aggiuntive" non comportando, in ultima analisi, alcun aggravio di spesa a carico del Servizio sanitario nazionale.

Mmg partecipanti allo studio

Leonida Iannantuoni, Francesco Russo, Alessandro Scolaro, Giorgio Sollazzo

Referti coronarografici: come leggerli

Se un medico di medicina generale decide di affrontare i referti delle coronarografie dei propri pazienti, in breve tempo si blocca a causa della nomenclatura proteiforme e disorientante. Per ovviare a tali ambiguità semantiche il testo che segue può essere un valido supporto

Patrizio Bongioanni
Medico di medicina generale
Collegno (TO)

È scoraggiante il fatto che non un vaso periferico, ma proprio il principale ramo arterioso del cuore, nei testi dei referti delle coronarografie sia chiamato interventricolare anteriore e in un altro, discendente anteriore.

Ma non basta. In altri referti lo stesso vaso è indicato con la sigla IVA, oppure DA, e perfino LAD. LAD? Sì, LAD. La *left anterior descending* degli autori americani (e degli snob italiani). La coronaria destra a volte viene connotata col termine "coronaria destra", ma nelle sale di emodinamica viene fatta valere la sigla Cdx mentre in altre sedi è d'obbligo chiamarla RCA (*right coronary artery*).

Si direbbe che un ciclone creativo si sia abbattuto sulla nomenclatura delle coronarie e solo su questa. E pensare che il vaso che si incontra dopo le coronarie, risalendo l'aorta, deve accontentarsi della spoglia denominazione di arteria anonima. Per

ovviare alle ambiguità semantiche sopra ricordate potrebbe essere di aiuto un breve riepilogo anatomico dei vasi coronarici.

► Arterie coronarie: origine e decorso

Poco sopra le valvole semilunari, là dove l'aorta ascendente, ancora protetta dal tendone del pericardio, inizia il suo slancio verso l'alto, esistono delle piccole dilatazioni della parete aortica, i seni aortici di Valsalva. La funzione di questi spazi è di permettere alle valvole semilunari di aprirsi senza andare a cozzare contro l'endotelio dell'aorta.

Nei seni aortici ci sono due aperture, chiamate ostii, da cui iniziano le arterie coronarie. Situate a ridosso delle valvole semilunari, le coronarie sono quindi le prime arterie a staccarsi dall'aorta. Scendono serpeggiando lungo la superficie dell'epicardio, infilate in quegli infossamenti delle pareti esterne del cuore che si snodano lungo il confine fra atri e ventricoli o tra i due ventricoli e che prendono il nome rispettivamente di solchi coronarici destro e sinistro e di solchi interventricolari anteriore e posteriore.

La coronaria sinistra (sigla: Csx o LCA, *left coronary artery*) è il vaso più voluminoso (*figura 1*). Esce al di sopra della valvola semilunare sinistra, gira intorno all'orecchietta sinistra, poi si infila nel vallone costituito dal solco interventricolare anteriore e lo percorre con un decorso serpentino, puntando verso l'apice del cuore. Un paio

Circolazione coronarica

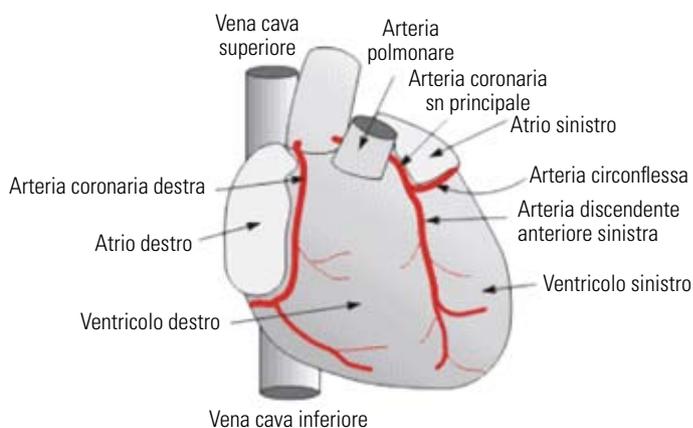
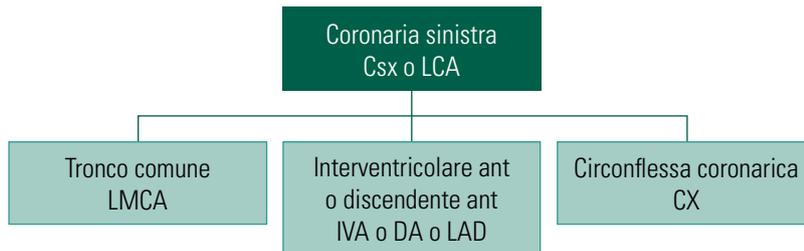


Figura 1

Denominazioni e sigle dei rami della coronaria sinistra



di centimetri dopo la sua origine, da essa si stacca con un angolo di 45° la sua diramazione principale, la circonflessa coronarica (spesso indicata nei referti con la sigla CX), la quale si porta a sinistra, percorre il solco coronarico sinistro fino a raggiungere la faccia diaframmatica del ventricolo sinistro dove termina ramificandosi. Il primo tratto della coronaria sinistra, quello posto tra l'ostio coronarico e la biforcazione con la circonflessa, si chiama tronco comune (nei testi americani: LMCA (*left main coronary artery*)).

La parte che prosegue verso la punta del cuore è denominata interventricolare anteriore (sigla IVA), ma anche discendente anteriore, sigla (DA).

Non è infrequente trovarla anche con l'acronimo LAD. Per ricordare più facilmente la struttura della coronaria sinistra, la si può raffigurare come una goffa Y rovesciata, la cui la corta gambetta è costituita dal tronco comune e i cui lunghi rami sono rispettivamente la interventricolare anteriore e la circonflessa.

Invece la coronaria destra (Cdx o RCA) ricorda una semiellisse, che disegna un'ampia curvatura dalla convessità rivolta a destra, poi si dirige verso la punta del cuore. Nasce nel seno aortico più o meno all'altezza dell'omologa sinistra, poco al disopra della valvola semi-

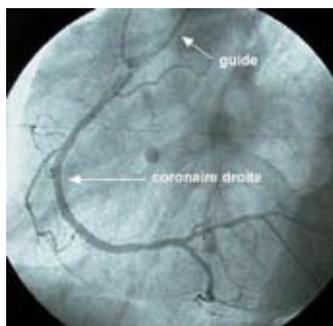
lunare destra. Scende tra il tronco polmonare e l'auricola destra. Poi corre dentro al solco coronarico destro verso la faccia diaframmatica del cuore, dove infila il solco interventricolare posteriore e lo segue fino all'apice del cuore.

In questo tratto cambia il suo nome in discendente posteriore (DP) o interventricolare posteriore (IVP). Dei suoi rami l'unico notevole è il marginale destro, che corre lungo il margine acuto del cuore.

► **La curiosa circolazione coronarica**

A cuore fermo, le coronarie e i loro rami mostrano un aspetto decisamente serpiginoso. Questo atteggiamento

Immagine coronarografica della coronaria destra



mento tortuoso si rende necessario per permettere di fare fronte alle variazioni cicliche di dimensioni del cuore. Infatti durante la diastole l'organo cardiaco, per riempirsi di sangue, deve aumentare il suo volume. Di conseguenza anche le coronarie subiscono uno stiramento che fa assumere loro quell'andamento più rettilineo che appare nelle coronarografie. Ricordiamo che la circolazione coronarica è molto particolare. Infatti è soltanto durante la diastole che il sangue ha la possibilità di penetrare nelle arterie del cuore. In sistole, l'energica contrazione del miocardio costringe i vasi coronarici a svuotarsi, impedendo il flusso sanguigno.

Cardiologi e anatomisti

I rami arteriosi descritti finora rappresentano il tratto epicardico delle coronarie. Queste sono le coronarie che interessano i cardiologi, i cardiocirurghi e gli emodinamisti. Scendendo al di sotto dell'area epicardica le descrizioni dei clinici si fanno più vaghe mentre l'interesse per le successive arborizzazioni di questi vasi si raffredda rapidamente. Per gli anatomisti invece l'entusiasmo descrittivo continua anche nel contesto del muscolo cardiaco, dove vengono individuate un gran numero di collaterali, ciascuna dotata di una sua precisa denominazione (rami atriali, rami ventricolari, arterie settali, arterie diagonali, retroventricolari, circonflesse, ecc) e i vasi vengono seguiti nelle loro ramificazioni che terminano in un numero impressionante di capillari (si parla di alcuni milioni di capillari per centimetro cubo). Capillari che arrivano sino ai confini interni del miocardio e qui si fermano, perché l'endocardio non è irrorato dalle coronarie.

Ma per quale motivo i rami che si sviluppano nel contesto del miocar-

dio vengono snobbati dai cardiologi? La spiegazione è di natura fisiopatologica: le placche aterosclerotiche e le stenosi si formano solo nelle pareti dei grossi rami epicardici, cioè nel tronco comune, nell'inter-ventricolare anteriore, nella circon-flessa, nella parte epicardica della coronaria destra.

Così, se le placche colpiscono due dei vasi menzionati si parlerà di malattia bivasale, se tre, di malattia tri-vasale. Se la stenosi riguarda la co-ronaria sinistra prima della divisione in circonflessa e interventricolare si parlerà di malattia del tronco co-mune. In ogni caso, le piccole diramazioni resteranno indenni. Tant'è vero che nelle coronarografie non è mai refertata la presenza di micro-

angiopatia, nemmeno nei soggetti diabetici. La microangiopatia devasta altri organi bersaglio dell'arterio-sclerosi, come il rene e la retina, ma nelle coronarie non esiste.

Prevalenza della coronaria destra e della sinistra

Le coronarie sia a livello epicardico sia intramiocardico possono pre-sentare una certa variabilità. Nel 4% circa degli individui può esserci una terza coronaria. A volte uno dei rami principali si sdoppia in un secondo vaso che corre parallelo al primo.

Anche la distribuzione dell'irrorazio-ne miocardica può variare. Si può avere così una prevalenza della co-ronaria destra, oppure della sinistra, o una situazione di equilibrio, sen-

za che questo peraltro incida sulla aspettativa di vita. Generalmente la coronaria sinistra irrorava l'atrio e il ven-tricolo sinistri, una piccola parte del ventricolo destro, i 2/3 ventro-craniali del setto interventricolare, il fascio atrioventricolare e, in 1/3 dei casi, il nodo seno atriale.

La coronaria destra alimenta l'atrio e il ventricolo destri, la parte adiacente del ventricolo sinistro, il 1/3 dorso-caudale del setto interventricolare, il nodo seno atriale in 2/3 dei casi, il nodo atrioventricolare, il fascio atrio-ventricolare.

Dalla distribuzione dell'irrorazione si può dedurre quale sarà la parte del cuore a rischio ischemico, cono-scendo su quale vaso è annidata la placca o la stenosi.

Un caso di epatite autoimmune

Gian Paolo Andreoletti

Medico di medicina generale, Gazzaniga (BG)

Donna di 46 anni, impiegata, madre di due figli, da alcune settimane lamenta persistente astenia. Non sono presenti altri sintomi di rilievo.

► Anamnesi patologica

Alla paziente, circa 8 anni fa, è stato diagnosticato un ipertiroidismo primario (morbo di Basedow), accompagnato da esoftalmo, con positività degli anticorpi anti recettore per il TSH.

L'ipertiroidismo è stato curato dapprima farmacologicamente (con metimazolo), in seguito con terapia chirurgica (tiroidectomia totale) e trattamento ormonale sostitutivo (levotiroxina).

Non si rilevano altri elementi anamnestici significativi.

► Esame obiettivo

Nessun reperto di rilievo, ad eccezione di un lieve esoftalmo residuo. Non pallore di cute e mucose; reperti cardiaci e polmonari nella norma. Non epato-splenomegalia.

► Esami ematochimici

- Emocromo, ferritinemia, elettroliti, creatininemia, bilirubina, gammaGT e fosfatasi alcalina: nella norma.

- Elettroforesi sieroproteica: ipergammaglobulinemia.
- Transaminasi: ALT 145; AST 135.

In considerazione degli elevati valori delle transaminasi sieriche, ho prescritto altri esami ematici supplementari (HBsAg negativo; anticorpi anti HCV negativi; anticorpi anti virus di Epstein Barr, anti toxoplasma e anti citomegalovirus negativi; anticorpi anti muscolo liscio, anti mitocondri e anti LKM 1 negativi; anticorpi anti nucleo positivi). A questo punto ho richiesto una visita epatologica. Lo specialista, nel sospetto di una epatite autoimmune, ha deciso di effettuare una biopsia epatica.

► Esame istologico da prelievo bioptico epatico

Quadro di tipo infiammatorio, con presenza di infiltrato linfocitario e plasmocitario e riscontro di fibrosi e necrosi epatocellulare. Il reperto istologico è compatibile con una diagnosi di epatopatia cronica autoimmune.

► Terapia

La paziente è stata avviata a terapia farmacologica con cortisonico (prednisone) e immunosoppressore, da proseguire per due anni.

Considerazioni

L'epatite autoimmune (un tempo denominata epatite lupoida) è una

patologia cronica infiammatoria del fegato, descritta per la prima volta da Waldenstrom nel 1950. Essa rappresenta il 5% delle epatiti croniche e nel 30-40% dei casi è associata (come nel caso della mia paziente) ad altre patologie di tipo autoimmunitario (tiroidite autoimmune, morbo di Basedow, artrite reumatoide, sindrome di Sjögren, colite ulcerosa, ecc). Può evolvere nel tempo in un quadro cirrotico, con possibile degenerazione cancerogena. Esistono anche forme ad andamento acuto fulminante. I marcatori immunosierologici più comuni delle epatiti autoimmuni di tipo 1 sono gli anticorpi anti muscolo liscio (SMA) e gli anticorpi anti nucleo (ANA). Il 65% dei soggetti è positivo contemporaneamente per SMA e ANA, il 20% solo per SMA e il 15% solo per ANA.

Le epatiti autoimmuni di tipo 2 (più rare) sono invece caratterizzate dalla positività degli anticorpi anti microsomi di fegato e rene di tipo 1 (anticorpi anti LKM 1).

Da un punto di vista terapeutico, l'epatite autoimmune risponde generalmente al trattamento antinfiammatorio e/o immunosoppressivo; può essere talora necessaria una terapia di mantenimento per tutta la vita, in particolare nei pazienti con epatite autoimmune di tipo 2 e in quelli che presentano cirrosi al momento della diagnosi.

Ottimizzazione della terapia con azatioprina

Per evitare la grave mielotossicità che potrebbe verificarsi con l'utilizzo di azatioprina, oltre all'emocromo, andrebbero effettuati test enzimatici e genetici, che però sono ancora poco diffusi in Italia. Almeno in un laboratorio per Provincia andrebbe resa disponibile tale metodica così da programmare l'esecuzione dei test anche prima dell'inizio della terapia

Francesco Del Zotti

Medico di medicina generale, Verona - Direttore di Netaudit

Tempo fa lessi un articolo sull'azatioprina, che mi fece un po' sobbalzare (TPMT testing before azathioprine therapy? *DTB 2009; 47: 9-12*).

L'articolo suggeriva l'esecuzione, prima della terapia con azatioprina, di test enzimatici e genetici correlati al livello di enzima che catabolizza il farmaco (l'enzima TPMT), al fine di evitare la temibile grave mielotossicità che si verifica in particolare nel primo mese di terapia, soprattutto nei pazienti che hanno una bassa attività dell'enzima TPMT.

Ebbene, sono caduto dalle nuvole; non solo io non conoscevo questo test, ma neanche era noto e praticato nel laboratorio di riferimento e di eccellenza, quello universitario, della mia città.

Allora, osservando che i pazienti erano in terapia da anni e che avevano eseguito esami ematologici alcuni mesi prima, un po' mi tranquillizzai e semplicemente decisi di incrementare la frequenza di richiesta di emocromo di controllo.

Questa decisione attendista è stata scossa una seconda volta dalla lettura di un altro articolo che analizza a fondo un caso di grave mielotossicità da azatioprina (Wee S. *BMJ 2011; 342: d1417*).

► Il caso del BMJ

Il giovane paziente era affetto da eczema, ragion per cui era stata iniziata la terapia con questo farmaco. Al Mmg britannico del paziente era stato consigliato dallo specialista di controllare emocromo e funzionalità epato-renale settimanalmente. E così fu fatto per le prime due settimane.

Sembrava tutto normale, anche se, con il senno di poi, alla seconda settimana il valore dei GB era sì normale, ma dimezzato rispetto al basale. Poi il paziente saltò gli esami in terza e quarta settimana e dopo circa un mese chiamò il Mmg a causa di una forte faringite febbrile. Fu iniziata una terapia antibiotica, ma senza la contestuale richiesta di emocromo.

Dopo un'ulteriore settimana il paziente giunse al Pronto soccorso per una faringite refrattaria, febbre da sepsi. Furono riscontrati valori tipici di mielotossicità severa (200 neutrofili; emoglobina 8.8; piastrine 20mila).

Il paziente, dopo il ricovero in terapia intensiva per un mese, si è salvato; ma non pochi pazienti in simili condizioni sono morti a causa della mielotossicità da azatioprina.

► Come evitare la mielotossicità

I due articoli mettono in luce varie strategie per ridurre il grave rischio da mielotossicità.

1. Dosare l'attività dell'enzima TPMT, che favorisce il catabolismo dell'azatioprina, prima di iniziare la terapia. In effetti, essa è carente nell'11% dei pazienti e assente nell'1% dei pazienti. Una volta identificata la carenza, si può procedere ad adattare in basso le dosi, restando ferma la necessità di sorveglianza di un emocromo settimanale per il primo mese e di ulteriori frequenti controlli.

2. Dosare i tre geni legati all'enzima TPMT, e derivare la mancata o parziale attività della TPMT dal risultato dell'esame genetico.

3. In ogni caso è assolutamente necessario lo stretto monitoraggio dell'emocromo: in effetti esso è utile anche nei non pochi pazienti in cui l'attività della TPMT risulta normale.

Il caso descritto dal *BMJ* rientrava proprio in questo setting: attività enzimatica e test genetici negativi!

Come effettuare il monitoraggio? È necessario ottenere un esame di base dell'emocromo e della funzione epato-renale. Quindi è decisivo

avere un controllo settimanale per almeno il primo mese. Seguendo la scheda tecnica deriva che:

1. durante le prime otto settimane è necessario eseguire un emocromo completo almeno settimanale (e ancora più spesso se si utilizzano alte dosi o se si è in presenza di alterazioni epatiche o renali);
2. successivamente si può ridurre la frequenza, ma a regime si devono ripetere gli esami almeno ogni 3 mesi;
3. i pazienti devono essere educati a riferire al più presto possibile al medico sintomi di infezione o di qualsiasi emorragia o ematoma.

L'agenzia americana FDA riferisce uno schema di monitoraggio lievemente diverso. In particolare essa sostiene l'utilità di esami settimanali per il primo mese; bimensili per i successivi secondo e terzo mese. Dopo i tre mesi viene confermata la necessità di controllo stretto, con frequenza più intensa nei casi in cui viene variata la dose o vengono aggiunti altri farmaci.

► Contesto italiano

L'esame dell'attività enzimatica TPMT o il relativo esame genetico sono pochissimo diffusi in Italia. Ho avuto il riscontro di tale carenza da un colloquio con la Dott.ssa Silvana Penco, genetista dell'Ospedale Niguarda (Milano), ove si effettua, come esame in convenzione, la ricerca dei 3 geni collegati al problema.

Il centro milanese sta effettuando questo servizio laboratoristico in contatto con un altro centro universitario del Nord Italia (che sta curando la messa a punto del test con metodica cromatografica Hpc): sarà così possibile valutare la correlazione tra risposta della misura dell'attività enzimatica con le risposte ai test genetici.

► Quali prospettive?

Il primo passo da compiere al più presto possibile è quello di diffondere, tra specialisti e Mmg, la conoscenza sul grave rischio che possono correte pazienti trattati e non monitorati. La mielotossicità è una conseguenza grave e spesso letale, e merita di essere scongiurata in tutti i modi. Oltre allo stretto monitoraggio, in particolare dell'emocromo, a mio parere quattro sono le vie per prevenire questa grave conseguenza:

1. eseguire un audit sul database delle proprie cartelle, individuando i pazienti già in cura, per valutare la passata frequenza del monitoraggio

Azatioprina

L'azatioprina (comprese da 50 mg) è un immunosoppressore che agisce sul metabolismo delle purine. Per tale ragione è sconsigliata l'associazione con allopurinolo, che ne aumenta il rischio di tossicità ematica. L'FDA consiglia cautela, ed eventuale riduzione di dose di azatioprina, nell'associare altri gruppi di farmaci: gli aminosalicilati per le malattie infiammatorie acute; il cotrimoxazolo, che può anch'esso ridurre i leucociti; gli ACE-inibitori che, se combinati con il farmaco, possono provocare anemia e leucopenia severa. Il farmaco è indicato per prevenire il trapianto d'organo e per trattare un largo numero di malattie autoimmunitarie (tra le quali artrite reumatoide, malattie infiammatorie intestinali, pemfigo, sclerosi multipla, miastenia, anemie emolitiche e porpora trombocitopenica). Il farmaco è sub giudice rispetto al rischio di carcinogenesi, soprattutto se usato per lunghi periodi e in particolare se impiegato dopo agenti alchilanti come ciclofosfamide o clorambucile.

e per programmare un incontro con il paziente in cui concordare tempi e frequenza dei futuri monitoraggi periodici;

2. per le nuove proposte che giungono dagli specialisti, chiedere loro se la terapia è realmente essenziale e insostituibile. Per esempio, una cosa è utilizzarla per curare un caso ingravescente di sclerosi multipla; un'altra per curare un eczema;

3. seguendo una prassi ormai configurata nei migliori laboratori europei, mettere a punto al più presto, almeno in un laboratorio per Provincia, la metodica enzimatica e genetica, così da programmare l'esecuzione prima dell'inizio della terapia;

4. in mancanza della messa a punto della metodica in alcune Province, stabilire un accordo con i laboratori di riferimento che già hanno avviato la procedura, al fine di spedire a questi centri pilota i campioni.

► Riflessioni

Alla fine, resta una domanda. Come mai in Italia questi test enzimatici o genetici per il TPMT sono così poco diffusi? Eppure molti laboratori del nostro Paese sono all'avanguardia per la quotidiana esecuzione di moderni esami e test genetici. Eppure ogni giorno molti laboratori effettuano esami molecolari sofisticatissimi e ad alto costo, prima di iniziare terapie oncologiche delicate. Insomma il farmaco è in commercio da decenni, ma rischia di essere orfano degli importanti esami preliminari.

Volenti o nolenti, tocca a noi Mmg, che ci assumiamo la responsabilità di ri-prescrivere il farmaco per anni, il compito di adottare le delicate *issue* del monitoraggio e della necessità di un pressing verso i laboratori di riferimento delle nostre Asl.

Fotografia delle malattie croniche dell'intestino

L'indagine conoscitiva dell'associazione di pazienti "Amici" ha indagato su diversi aspetti che condizionano la vita dei soggetti con colite ulcerosa e malattia di Crohn.

Sono emersi dati interessanti che potranno essere utilizzati per attuare interventi volti a migliorare il management globale delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino e la qualità di vita di questi pazienti

La malattia di Crohn e la colite ulcerosa sono malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) caratterizzate da un elevato impatto sulla vita dei pazienti, soprattutto nelle fasi più avanzate. In Italia colpiscono circa 150-200mila soggetti, principalmente in età giovanile: tra i 20 e i 40 anni l'età media di esordio della colite ulcerosa e tra i 15 e i 35 anni quella in cui si manifesta la malattia di Crohn.

Sono patologie che incidono in maniera significativa sulla sfera privata e sociale, tuttavia nel nostro Paese non sono disponibili dati certi sulla qualità di vita di questi pazienti.

Proprio per fare luce sugli aspetti più in ombra delle MICI, con particolare riguardo all'impatto sulla qualità della vita, l'Associazione per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (AMICI) ha condotto sul territorio siciliano l'indagine conoscitiva "Diogene". L'indagine rappresenta il primo test territoriale in Italia, di uno studio già svolto in Europa da parte delle associazioni dell'EFCCA, la Federazione Europea delle Associazioni per la Colite Ulcerosa e per la Malattia di Crohn, presente in 25 Paesi.

La ricerca ha coinvolto 325 pazienti con malattia di Crohn o colite ulcerosa (46% donne, 54% uomini) attraverso la somministrazione di

un questionario con 65 domande a risposta multipla.

► Risultati

■ **Genere ed età:** le differenze sono significative. Tra gli uomini la colite ulcerosa è preponderante nei soggetti di età > 44 anni, mentre tra le donne interessa più frequentemente la fascia di età <44 anni. La malattia di Crohn sembra prevalere tra gli uomini di età < 44 anni.

■ **Riacutizzazione della malattia:** il 48% degli intervistati ha sperimentato episodi di riacutizzazione nei due anni precedenti l'indagine. In particolare, il 26% dichiara di avere avuto 1-2 fasi di attività dall'esordio della malattia e il 21% da 3 a 5 episodi. In media, sono le donne adulte ad essere interessate da un numero maggiore di riacutizzazioni: circa 6 in due anni, contro 4.5 degli uomini.

■ **Sintomatologia:** quello che emerge è un quadro eloquente rispetto all'impatto delle MICI sulla qualità della vita. Il 46% dichiara di sentirsi sempre stanco, debole ed esaurito, il 41% ha sentito l'urgenza improvvisa e incontrollabile di evacuare, mentre il 28% dichiara di soffrire di crampi dolorosi all'addome.

L'88% dei pazienti, quando è in fase acuta, ha necessità di evacuare in media 5.3 volte nell'arco di una gior-

nata. La media aumenta tra quanti soffrono di colite ulcerosa (6.2 volte) rispetto alla malattia di Crohn (4.8). Anche in questo caso sono le donne a sperimentare un disagio maggiore: 7.1 volte al giorno, rispetto alle 5 volte degli uomini.

Dall'indagine emerge come le problematiche vissute dai pazienti nella fase di attività della malattia si riscontrano, anche se in misura minore, durante la fase di remissione (tabella 1).

■ **Tempi di diagnosi:** dalla ricerca emerge la difficoltà di giungere alla diagnosi in tempi rapidi, con conseguenze cliniche, potenzialmente gravi, sulla progressione della malattia e delle sue complicanze.

Passano in media 5 anni (dato aggregato per le due malattie) dalla comparsa dei sintomi alla diagnosi e circa 3 anni per giungere alla visita di uno specialista gastroenterologo. In particolare, il 45% dei pazienti ha dovuto attendere da 1 a 10 anni e il 22% ha impiegato addirittura più di 10 anni. L'accesso allo specialista e agli operatori sanitari è ritenuto adeguato dall'81% degli intervistati.

■ **Vita quotidiana:** ricevuta la diagnosi i pazienti iniziano a confrontarsi con gli effetti e i limiti che accompagnano le MICI nella vita quotidiana. La paura rappresenta il comune denominatore di tutte le

Tabella 1

Fase di attività verso fase di remissione

SINTOMI	FASE	
	Remissione	Attività
Sanguinamento tratto intestinale (numero volte durante l'ultima fase)	2.9	5.5
Crampi dolorosi all'addome (numero volte durante la settimana)	1.8	3.6
Stanchezza, debolezza (numero volte durante la settimana)	2.9	4.9
Urgenza improvvisa e incontrollabile di evacuare (numero volte durante la settimana)	2.2	4.5
Hanno rimandato o cancellato impegni a causa della patologia intestinale (frequenza media durante l'ultima fase)	22.1	41.6

fasi della malattia, ma è nei periodi di remissione che è maggiormente evidente: il 77% del campione pensa con timore a quando verrà colpito da una nuova fase di attività; per il 19% questo pensiero è costante e per il 15% ricorrente.

Un altro motivo di apprensione è rappresentato dalla disponibilità di un bagno: per il 61% dei pazienti questa è la prima preoccupazione quando si recano in posti nuovi; il 35% si informa circa la disponibilità di una toilette nelle vicinanze e il 23% esce a di casa munito di una lista di bagni puliti.

■ **Condizione lavorativa:** i risultati mostrano che l'11% delle persone è disoccupato o sottoccupato a causa delle MICI. Il 9% non è in grado di lavorare a tempo pieno, il 24% dichiara di aver ottenuto il riconoscimento dell'invalidità o è in attesa di riceverlo. In media, le persone colpite da MICI si assentano dal lavoro 11.7 giorni/anno. Le visite mediche costituiscono la causa predominante di assenza (76%), seguite dalla fatica e il dolore (59%) e dal timore di urgenze (46%).

■ **Rapporti affettivi:** il 16% del campione si sente ostacolato nel conso-

lidare i rapporti affettivi a causa delle MICI e l'8% attribuisce a queste patologie la causa dell'interruzione di un rapporto. Nel 12% dei casi tali patologie hanno anche influito sullo sviluppo di rapporti di amicizia.

■ **Proposte alle istituzioni:** il costo mensile sostenuto direttamente dal paziente per esami diagnostici e medicinali non rimborsati dal Ssn, a cui è costretto a far ricorso, è di 34 euro.

Secondo **Salvatore Leone**, Direttore generale di AMICI, i pazienti si aspettano un supporto da parte delle Istituzioni: vorrebbero soprattutto l'esenzione per una maggiore quantità di esami diagnostici e medicinali. Molte persone intervistate hanno dichiarato la necessità di una maggiore tutela sul lavoro, un aumento della percentuale di invalidità riconosciuta, un aumento dei posti letto dedicati nel reparto ospedaliero di riferimento.

► Conclusioni

I dati relativi alle caratteristiche epidemiologiche e cliniche vanno inter-

pretati considerando la popolazione studiata: pazienti ambulatoriali con malattia prevalentemente attiva.

Tra gli elementi significativi, emerge come tali patologie incidano profondamente sull'attività lavorativa: alcuni perdono il lavoro, alcuni sono costretti a lunghi periodi di assenza e circa il 24% ottiene il riconoscimento dell'invalidità. Da un punto di vista psicologico, la malattia influisce in modo determinante sull'umore dei pazienti indebolendo la loro motivazione al lavoro, a causa di rapporti interpersonali resi difficoltosi dalla paura di avere sempre necessità di ricorrere ad un bagno, o dal timore di non essere in salute e quindi non essere in grado di prestare attenzione ed energia alla vita affettiva. Sono interessanti i dati che riguardano il rapporto con il medico. Sebbene la maggior parte stimi il medico competente, tuttavia una certa percentuale di pazienti ritiene di non esprimersi completamente e quindi che la comunicazione non sia a volte soddisfacente. Ma sono anche altri i dati importanti.

■ È forte la necessità di avere a disposizione servizi igienici adeguati sia nell'ambiente di lavoro che nella struttura ospedaliera.

■ La percentuale dei pazienti che vivono con la paura della ricaduta di malattia è alta. Ciò indica come sia fondamentale un supporto psicologico.

■ Tempi lunghi di diagnosi indicano che la conoscenza di questa malattia non è tuttora ottimale.

www.qr-link.it/video/0112



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente

QR-Code

Un contributo per una maturazione interiore

► Il sodalizio tra medicina e letteratura affonda le sue radici nel remoto, affascinante territorio dell'antichità classica. Ed è in questo territorio che Rocco Montano, al termine dell'attività di medico di famiglia a Lachiarella (MI), ha concentrato il suo lavoro.

In *"Semina Sapientiae"*, Montano ha raccolto massime, proverbi, motti e aforismi latini.

Ma non si è limitato a scegliere le formulazioni più incisive e memorabili di questa *sapientia*, spigolando con pazienza nella sua biblioteca, le ha raggruppate in sezioni tematiche sulla base delle loro affinità semantiche e le ha tradotte con forbita precisione.

Un libro prezioso e stimolante che condurrà il lettore a prendersi del tempo di ritiro e silenzio per riflettere sul sé con la parola degli antichi.

■ Rocco Montano. *"Semina Sapientiae"*. Il volume può esser richiesto direttamente all'Autore: montano.rocco@virgilio.it



Viaggio fantastico di un medico di famiglia

► *"Edo Franchi alla ricerca della panacea universale"*, opera prima e auspichiamo non ultima - di Marco Gaddi, medico di famiglia di Venaria (TO), (www.marcogaddi.com), è un romanzo sagace, che porta il lettore in un viaggio fantastico, sulle orme di Indiana Jones. È un lunedì mattina come tanti per il dottor Franchi, quando nel suo ambulatorio di medico di famiglia irrompe Daniela, con la sua folgorante bellezza: il protagonista non sa che da quel momento avrà inizio per lui una serie di spericolate, divertenti, grottesche avventure alla ricerca di una misteriosa panacea universale, antichissimo e celeberrimo rimedio a tutti i mali. In compagnia di uno shitzu dall'olfatto portentoso e di un avventuriero di nome Victor Bonaparte, il medico di famiglia, tranquillo e pacato, si ritroverà a viaggiare per il mondo e ad affrontare situazioni rocambolesche.

■ Marco Gaddi. *"Edo Franchi alla ricerca della panacea universale"*. Ananke, Torino 2011, pp 216, € 14,50.



La fitoterapia nella pratica clinica

► Il volume *"Fitoterapia nella pratica clinica"* di Luca Mario Pitrolo Gentile, medico di famiglia del distretto di Abbiategrasso (MI), è un prezioso contributo per la conoscenza della fitoterapia, indirizzato in modo particolare ai colleghi. Studioso e appassionato da sempre di piante medicinali, l'autore fa chiarezza sulla vasta tematica della fitoterapia e propone indicazioni pratiche per il trattamento di diverse patologie. Di ogni apparato sono spiegati il funzionamento e i disturbi di più comune riscontro in medicina generale e vengono proposte varie terapie con l'utilizzo di fitoterapici. Di ogni pianta utilizzata vengono evidenziati i benefici, ma anche gli eventuali effetti collaterali e le controindicazioni. Il linguaggio semplice e la presenza di un pratico glossario rendono il volume adatto anche a lettori semplicemente curiosi, che vogliano fare chiarezza sulle possibilità offerte dalla fitoterapia.

■ Luca Mario Pitrolo Gentile. *"Fitoterapia nella pratica clinica"*. Aldenia Edizioni, Firenze 2011, pp 230, € 15,60.



Insufficienza renale e diabete: nuova terapia

▶ I pazienti diabetici con insufficienza renale moderata o grave hanno a disposizione una nuova opzione terapeutica orale: vildagliptin, un inibitore della DPP-4, approvato recentemente nell'UE. L'approvazione della Commissione europea estende l'impiego di vildagliptin già indicato per i pazienti senza insufficienza renale o nella forma lieve. L'approvazione si basa sui risultati di uno studio multicentrico, in doppio cieco, a gruppi paralleli con placebo, su 515 pazienti con diabete di tipo 2 e insufficienza renale moderata o grave della durata di 24 settimane, condotto per valutare la sicurezza e la tollerabilità della molecola (*Diab Obes Metab* 2011; 13: 947-54).

Vildagliptin ha apportato significativi miglioramenti nel controllo glicemico, quando aggiunto alla terapia antidiabetica esistente, e ha confermato un profilo di sicurezza simile al placebo. I risultati sono di particolare rilievo in quanto fanno di vildagliptin il primo farmaco orale di ultima generazione utilizzabile nei pazienti con diabete di tipo 2 con qualsiasi grado di insufficienza renale, coniugando un'adeguata efficacia nel migliorare il controllo glicemico, con una buona tollerabilità perfino nei diabetici in dialisi per i quali l'unica opzione terapeutica era rappresentata dall'insulina.

Campagna di prevenzione del rischio cardiovascolare

▶ In Italia ci sono più di 11 milioni di tifosi con un'età >45 anni e il mondo del calcio rappresenta

un'importante cassa di risonanza per i soggetti a rischio cardiovascolare. Ed è proprio negli stadi che si è svolta la campagna "Tifa per il tuo cuore, controlla il rischio", volta ad aumentare la consapevolezza dei cittadini sui comportamenti corretti per prevenire le malattie cardiovascolari.

L'iniziativa, che ha coinvolto tutte le squadre di serie A, è stata realizzata da ALT - Associazione per la lotta alla trombosi e alle malattie cardiovascolari - con il patrocinio di Simg e il contributo incondizionato di Bayer. Negli stadi italiani in info-point dedicati è stato divulgato materiale informativo, raggiungendo così più di 300.000 tifosi.

Osservatorio Salute: la seconda indagine

▶ AstraZeneca ha presentato a Milano la seconda edizione dell'Osservatorio Salute, un'indagine qualitativa di ISPO, che confronta il grado di innovazione percepito nel campo della salute in Italia, Spagna, Gran Bretagna, Germania e USA, misurando con cadenza periodica i comportamenti degli italiani e il loro interesse a "star bene", attraverso l'Indice di Attenzione verso la Salute (IAS). Secondo gli intervistati, il concetto di innovazione viene preferibilmente associato a tre settori più rappresentativi, quali, nell'ordine, informatica, farmaceutica e telecomunicazioni.

Malgrado si percepisca il settore farmaceutico strategico per la salute, in merito alle tempistiche di sviluppo di un nuovo farmaco, non tutti sanno dare una pronta risposta. In Italia e Spagna si tende a sottostimare il tempo necessario per svilup-

pare un nuovo farmaco, mentre gli intervistati dei Paesi anglosassoni e della Germania hanno le idee più chiare: almeno cinque anni affinché la molecola possa conseguire l'approvazione e la conseguente immissione sul mercato.

Bisogni e aspettative dei malati oncologici

▶ Poco più di 2.2 milioni di persone: sono gli italiani che oggi vivono in Italia avendo o avendo avuto una diagnosi di cancro. Indagare su quali siano i loro bisogni e le aspettative è stato l'obiettivo dell'indagine "Ad alta voce", realizzata dal Censis, in collaborazione con FAVO (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia) e con il sostegno di Roche, che ha coinvolto più di 1.000 pazienti oncologici e 700 caregiver.

L'indagine rivela un'assistenza a due facce: i pazienti valutano positivamente la qualità dell'assistenza del Ssn, mentre è negativo il giudizio sui servizi sociali, su quelli del territorio e sulle varie forme di tutela, inclusi i supporti economici.

Gli aspetti maggiormente apprezzati sono la capacità professionale di medici e infermieri, valutata positivamente da circa l'80% dei pazienti, la qualità dei servizi di day hospital e ambulatoriali, come anche di quelli degli ospedali e dei luoghi di ricovero.

Il 65% dei pazienti evidenzia disparità territoriali nella qualità di alcuni servizi erogati e nell'accesso alle cure più efficaci e innovative. Lo conferma anche il fatto che il 21% dei pazienti si rivolge a strutture di Regioni diverse da quelle di residenza.