

# M.D.

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

Anno XIX, numero 2 - 15 febbraio 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

### DOSSIER 10

**Decreto liberalizzazioni  
e querelle sulla prescrizione  
dei farmaci**

### OSSERVATORIO 14

**Luci e ombre  
sulla ricetta online**

### RICERCHE 34

**Prevenzione  
del piede diabetico**



**Fiorenzo Corti**

*Medico di medicina generale*

**Il Mmg, le cronicità e le scelte  
del servizio sanitario regionale**

## ATTUALITÀ

■ <b>Editoriale</b>	Patto per la Salute e riordino delle cure primarie tra smentite e rinvii ..... 3
■ <b>Intervista</b>	Come cambia la medicina generale: scenari regionali ..... 4
■ <b>Dossier</b>	Decreto liberalizzazioni e querelle sulla prescrizione dei farmaci ..... 10
■ <b>Osservatorio</b>	Luci e ombre sulla ricetta online ..... 14
■ <b>Appunti</b>	Le lettere inviate a <i>M.D.</i> ..... 16

### 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

  
FARMA  
MEDIA

**CSST** CERTIFICAZIONE  
EDITORIA  
SPECIALIZZATA E TECNICA  


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.

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, Via Boscovich n. 61 - 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.

## AGGIORNAMENTI

■ <b>Angiologia</b>	Utilità dello screening dell'aneurisma aortico addominale ..... 20
■ <b>Cardiologia</b>	Controllo dell'ipertensione arteriosa, attualità e obiettivi futuri ..... 22
■ <b>Diabetologia</b>	Migliora la qualità dell'assistenza ai pazienti diabetici ..... 23
■ <b>Ematologia</b>	Leucemia mieloide cronica: disponibile in Italia nilotinib ..... 24
■ <b>Gastroenterologia</b>	Up to date sulle malattie infiammatorie croniche intestinali ..... 26
■ <b>Neurologia</b>	Progressi terapeutici nella sclerosi multipla ..... 28
■ <b>Oncologia</b>	Radioterapia oncologica, una strategia multidisciplinare ..... 29
■ <b>Pediatria</b>	Prevenzione infantile di obesità e trombosi ..... 30
■ <b>Vaccinazioni</b>	Infezione da HPV e immunizzazione maschile ..... 31

## CLINICA E TERAPIA

■ <b>Diario ambulatoriale</b>	La settimana di un medico di famiglia ..... 32
■ <b>Ricerche</b>	Prevenzione del piede diabetico ..... 34
■ <b>Pratica medica</b>	Da una eruzione cutanea alla diagnosi di malattia di Still ..... 38
■ <b>Rassegna</b>	Efficacia clinica dell'agopuntura ..... 40
■ <b>Prevenzione</b>	Effetti dell'attività fisica sulla salute ..... 44
■ <b>Medicina narrativa</b>	La forza della relazione medico-paziente ..... 46
■ <b>Monitor</b>	..... 53

# Patto per la Salute e riordino delle cure primarie tra smentite e rinvii

In occasione di un recente convegno dedicato al nuovo Patto per la Salute, il ministro **Renato Balduzzi** ha dichiarato che il 2012 è destinato ad essere un anno di transizione mentre il 2013 sarà l'anno zero per lo sviluppo. Vista la difficile situazione in cui versa il nostro Paese, tutti ci auguriamo che sia così. Ma al momento il comparto sanità vive in trepida attesa sia per l'iter parlamentare dei decreti Salva Italia e Cresci Italia, sia per il confronto tra i presidenti delle Regioni sul nuovo Patto per la Salute attraverso cui si dovrebbe affrontare un processo di riqualificazione del Ssn. Strategica per questa riqualificazione, a detta sempre del ministro e del presidente della Conferenza Stato Regioni, **Vasco Errani**, è lo snodo della sanità territoriale e delle cure primarie.

Un recente documento del dipartimento Welfare e Nuovi Diritti-Politiche per la Salute della Cgil rafforza questo concetto sottolineando che il nuovo Patto per la Salute può diventare l'occasione per investire nel Ssn, pubblico e universale, come formidabile motore per la crescita e l'equità sociale. Al riguardo precisa che, in tempo di crisi, la scelta prioritaria è quella di attuare investimenti selettivi sul territorio per aprire una diffusa rete di centri per le cure primarie.

Proprio per questo motivo suscita una certa preoccupazione e perplessità il diniego del documento tecnico sul riordino delle cure primarie da parte del Presidente della Conferenza Stato Regioni in risposta alla protesta dei pediatri contro l'ipotesi di abbassamento dell'età pediatrica. Errani ha definito i contenuti di quel documento solo ipotesi non discusse né vagliate dalle Regioni. A ciò si aggiunge il reiterato slittamento delle date prefissate per il dibattito sul nuovo Patto e sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il 2012 che certamente non è fonte di rassicurazione. Probabilmente le ipotesi di riassetto e riordino delle cure primarie sono destinate a passare in secondo piano quando è in gioco la sostenibilità delle prestazioni garantite dai Lea. Perché, non dimentichiamolo, il nuovo Patto 2013-2015 dovrà sancire un taglio pesante dei fondi sanitari di circa 8 miliardi, taglio sempre rifiutato dalle Regioni fin dall'epoca del varo della manovra estiva di Tremonti, quando tutti i presidenti regionali denunciarono il rischio di *default* per l'intero Ssn.

# Come cambia la medicina generale: scenari regionali



Dall'associazionismo alle cooperative mediche ai Cronic Related Group (Creg): a tu per tu con Fiorenzo Corti, responsabile nazionale della comunicazione Fimmg e segretario regionale Fimmg Lombardia. Uno dei protagonisti e testimoni di come in questi anni è cambiata la professione di Mmg spiega a *M.D.* le ragioni che lo hanno portato ad accettare la sfida dei Creg in Lombardia

► **Anna Sgritto**

**A** ma definirsi medico di campagna, un appellativo che sicuramente stride, non con il contesto orografico, ma con le caratteristiche architettoniche, organizzative e con le dotazioni strumentali e informatiche dell'ambulatorio di Masate, in provincia di Milano, in cui esercita l'attività di medico di medicina generale. **Fiorenzo Corti**, Mmg, responsabile nazionale della comunicazione Fimmg e segretario regionale Fimmg Lombardia ha puntato sull'organizzazione dello studio come opportunità per gestire al meglio il tempo della relazione con i propri assistiti, compreso sempre più dall'attività burocratica a cui è sottoposto nel nostro Paese l'esercizio della professione di Mmg. Laureatosi alla fine degli anni Settanta, specializzatosi in gastroenterologia, malgrado l'idoneità a un incarico ospedaliero, ha scartato a priori questa opportunità per intraprendere la professione di Medico di medicina generale.

► **Come mai ha rinunciato all'incarico in ospedale?**

"Anche se ho scelto la specializzazione in gastroenterologia, devo confessare che ho sempre avuto una predilezione per la medicina interna, per il rapporto con i pazienti e per considerare il corpo umano non come un insieme di organi, ma come un *unicum*. La dipendenza non è congeniale al mio carattere è così ho iniziato la mia vita di Mmg con 450 assistiti. A quel tempo i miei colleghi lavoravano tutti negli ambulatori comunali e coprivano un comprensorio di 5 Comuni".

► **Lei invece ha scelto di aprire un suo studio?**

"Sì, scelsi di praticare la mia attività cinque giorni la settimana in un solo studio, addirittura sperimentando la visita per appuntamento, almeno per la prima visita, così da avere un "tempo dedicato" all'anamnesi del paziente. Un progetto difficile da realizzare

perché molti assistiti non avevano il telefono o la televisione e le visite domiciliari le richiedevano ponendo il 'libretto della mutua' nella cassetta delle poste del Comune. Il Mmg contava i libretti e si organizzava il giro di visite. Mi posi subito in una logica di servizio alla popolazione, ma mi resi reso conto mano a mano che procedeva il mio lavoro di essere invece sempre più preda delle richieste eccessive dei miei assistiti che mi telefonavano a qualsiasi ora, mi richiedevano continue impegnative per esami e visite specialistiche. Un periodo difficile in cui sono stato in balia di un vero e proprio burn out. Reagii attivando una segreteria telefonica, una sorta di barriera tra me e i miei assistiti, dedicai più tempo agli scambi e alle relazioni con i colleghi, mi appassionai all'informatica e relativamente a questo ambito ho vissuto il confronto sulla realizzazione della cartella medica orientata per problemi come un'opportunità per costruire qualcosa che identificasse

la medicina generale come una disciplina a sé, la cui attività è profondamente diversa da quella praticata dalla medicina ospedaliera. Attraverso queste esperienze ho capito che c'era la possibilità di innovare e dare nuova linfa alla professione. Trovai terreno fertile per queste mie finalità nella Società di medicina generale (Simg) a cui aderii. Ma la mia anima sindacale ebbe il sopravvento perché ben presto mi posi il problema di come tradurre certe acquisizioni teoriche in pratica e a sostegno di chi esercita la professione di Mmg, da qui nasce il progetto di costruire una sezione Fimmg a Milano. Abbiamo iniziato con 60 iscritti. C'erano colleghi che sentivano la stessa esigenza di provare a gestire un cambiamento che era in atto, che non si voleva più subire, ma governare. Inoltre cresceva l'interesse per i nuovi percorsi di formazione, per concetti inerenti la qualità delle cure le Vrq, ecc.”.

#### ► **Come è stato possibile conciliare l'attività professionale con l'impegno sindacale?**

“La prima cosa che ho fatto è stata quella di assumere, a mie spese, una segretaria per far fronte ai bisogni “non medici” dei miei assistiti. Ciò mi ha spinto a promuovere negli accordi regionali tutte quelle attività di organizzazione dello studio per rispondere alle criticità che venivano fatte presenti dai colleghi, in termini di tempo sottratto alla clinica dalla burocrazia imperante e dalle attività collaterali alla medicina. Bisognava creare un briciolo di organizzazione per lavorare meglio e dedicare più tempo ai pazienti anche in termini relazionali. Acquistai uno studio più grande pensando di realizzare un ambulatorio in associazione, cosa che feci poco tempo dopo”.

#### ► **È stato uno dei pionieri dell'associazionismo?**

“La mia adesione all'associazionismo non è stata ideologica, ma dettata da una sentita esigenza professionale. Come segretario regionale Fimmg mi sono impegnato per alzare i tetti dei finanziamenti delle medicine di gruppo, di rete, per incentivare la dotazione di personale di studio perché era ciò che avrebbe consentito al Mmg di potersi impegnare su quello che sarebbe stata la sfida che si affacciava all'orizzonte con tutta la sua complessità: la gestione delle cronicità. A fare da spartiacque c'è stato sicuramente l'art. 40 dell'Acn (Dpr 270/2000): *Forme associative dell'assistenza Primaria*, che in effetti ci ha dato un riconoscimento contrattuale, ma mancava quello giuridico. Era necessario dotarsi assolutamente di una di una struttura riconosciuta anche da un punto di vista fiscale amministrativo e societario così, quando venne proposta la possibilità delle cooperative mediche, accettai questo tipo di percorso, non perché le cooperative si dovessero sostituire alla medicina generale come molti hanno malignato, ma quale valido supporto di proprietà dei Mmg che sono soggetti societari molto trasparenti. Per qualche anno ho anche ricoperto la carica di presidente del Consorzio sanità”.

#### ► **In Lombardia però non è stato facile sdoganare le coop mediche, che oggi consentono di potere aderire al progetto dei Cronic Related Group (Creg)?**

“Sì è vero, fra il 1995 e il 1999 è stata necessaria una dura battaglia solo per sdoganare il termine cooperative mediche perché è stata fatta una inammissibile confusione fra concet-

ti che venivano dati come interscambiabili, per esempio: esercizio societario della professione/acquisizione collettiva di beni e servizi e vendita di prestazioni/offerta di beni e servizi di supporto alla produzione delle prestazioni sanitarie. Nonostante ciò nel territorio lombardo sono sorte diverse cooperative di medici di famiglia che, pur tra mille difficoltà, hanno favorito un ruolo insostituibile di supporto organizzativo e di servizi per i medici. Mi riferisco, per esempio, all'Acr del 1999 che nella provincia di Cremona è stato il trampolino di lancio per un accordo aziendale avveniristico, firmato congiuntamente da Fimmg e Snami. Accordo che prevedeva l'informatizzazione di massa dei medici, l'associazione in gruppi territoriali omogenei con la definizione di Pdta condivisi con gli specialisti e la messa in rete degli stessi. Una simile intesa sarebbe stata inimmaginabile se non ci fosse stata sul territorio la presenza della Cooperativa Medici di Medicina Generale (CMMG srl - Cremona) che poteva rimediare a una scarsa preparazione della Asl ad affrontare un cambiamento di tale portata. Detto ciò, per quanto riguarda i Creg è necessario fare una puntualizzazione. Qualcuno suggerisce che Fimmg sia stata l'artefice di questo progetto, ma non è assolutamente così. L'artefice è la Regione che vede nei Creg una risposta idonea alla gestione delle cronicità sul territorio. Non so se sarà così, la cronicità infatti si può gestire anche con un'attività che ha il baricentro nel distretto, nella Asl, ma la nostra Regione va in un'altra direzione. Fossimo in Emilia Romagna la situazione sarebbe diversa, diversa anche da quella Toscana. La nostra Regione, invece, viaggia secondo una logica di sussidiarietà che porta anche a smantellare alcuni pezzi di

servizio pubblico. Al riguardo non va dimenticato che la Lombardia è l'unica Regione dove i medici di medicina generale hanno perso la possibilità di svolgere attività nelle RSA".

### ► Quindi i Creg per lei rappresentano una sorta di sfida?

"Sicuramente sì, perché il rischio è quello di essere esclusi dalla gestione delle cronicità. D'altra parte, se i medici di famiglia non esercitano il diritto di prelazione, le aziende sanitarie sono deputate ad allestire una gara aperta anche a soggetti privati. Così, forti delle esperienze realizzate a Brescia, Pavia, Monza, con gruppi di Cure primarie, con progetti di governo clinico e di gestione delle cronicità, quando la Regione, attraverso i Creg, ha paventato la possibilità di sperimentare qualcosa di diverso anche in altri territori, ci siamo seduti intorno ad un tavolo per vedere cosa si poteva fare, come gestire la proposta per poi valutare dopo la fase di sperimentazione gli esiti e risultati e capire se vale la pena portare avanti un simile progetto. Al momento la fase di sperimentazione ha visto in provincia di Bergamo, su circa 700 Mmg, oltre 150 associarsi alla Cooperativa denominata 'Iniziativa Medica Lombarda'. Stessa cosa è accaduta a Milano e a Como dove sono 3 le cooperative, due di area Fimmg e una che fa riferimento ad un altro sindacato. A Lecco un piccolo gruppo di Mmg del distretto di Merate, appartenenti alla cooperativa Cosma, hanno provveduto a costituire un'associazione temporanea di imprese denominata 'Brianza Salute'. Attraverso questa fase sperimentale vorremmo valutare se con le risorse messe a disposizione dalla Regione in termini di spesa storica di farmaci,

### La sperimentazione dei Creg

Sono cinque le Asl coinvolte nella sperimentazione dei Creg: Milano, Melegnano, Bergamo, Lecco e Como. A partire dalla Banca Dati Assistito (BDA), la Regione Lombardia, per questo progetto, ha estrapolato il costo riferito alla specialistica e diagnostica ambulatoriale, alla farmaceutica e alla protesica minore, escludendo il costo dei ricoveri e dell'assistenza primaria. Sulla base di tali dati, con una metodica statistica descritta nell'atto dirigenziale che definisce le tariffe, è stato costruito il costo medio di ciascuna associazione di patologie croniche, definendo come base le seguenti patologie: BPCO, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari a maggior livello di disabilità. Sono state previste circa 150 categorie tariffarie a seconda delle diverse comorbidità. Il modello matematico utilizzato per la definizione tariffaria scarta i pazienti "marginali", cioè che non risultano in cura e in follow-up. I Provider gestori dei Creg possono candidarsi, con meccanismo di gara, può essere Provider qualsiasi soggetto pubblico o privato: aggregazione di medici, impresa

privata, onlus, ospedale, ecc... La delibera regionale ha previsto, per l'assegnazione del ruolo di Provider, una prima fase di gara riservata alle aggregazioni dei medici di medicina generale. Solo nel caso in cui la gara riservata non dovesse garantire la copertura potenziale di tutta la popolazione delle aree di sperimentazione, seguirà una seconda gara, aperta a imprese private, case di cura, onlus, ospedali, ecc... La forma aggregativa di Mmg più adatta a proporsi per la gestione del Provider, sembra essere rappresentata dalla società cooperativa a responsabilità limitata e ciò per una serie di ragioni. In primo luogo la cooperativa non distribuisce, di fatto, utili ai soci. Eventuali disponibilità di bilancio possono essere utilizzate per fornire servizi di supporto all'attività professionale a condizioni particolarmente vantaggiose. I soci limitano il rischio di impresa alle sole quote sociali, in pratica poche centinaia di euro. Ogni professionista dispone di un solo voto nell'assemblea dei soci che elegge il Consiglio di Amministrazione e approva i bilanci. Si tratta, di fatto, di un soggetto etico e paritario.

esami di laboratorio, prestazioni diagnostiche, visite specialistiche e protesica minore sia possibile in qualche modo gestire i percorsi dei pazienti affetti da patologie croniche con un briciolo di ordine. Il ruolo di provider potrebbe aiutarci a gestire meglio la compliance del paziente. Analizzando, per esempio, la banca dati assistiti abbiamo constatato che tra i pazienti diabetici sono molti quelli che negli ultimi anni hanno fatto l'esame del fondo oculare, ma ce ne sono altrettanti che non ne hanno fatto neanche uno. Le ombre sui Creg certamente non mancano, è importante

vigilare perché le risorse destinate ai Creg arrivino effettivamente dalla specialistica e dalla farmaceutica e non siano prese invece intaccando l'attuale retribuzione dei Mmg".

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

# Decreto liberalizzazioni e querelle sulla prescrizione dei farmaci



Il comma 9 dell'art. 11 del Decreto "Cresci Italia" è stato oggetto di un acceso dibattito tra i medici di famiglia dovuto alla frase comparsa nella prima stesura: obbligo di aggiungere a ogni prescrizione di farmaco "o farmaco equivalente se di minor prezzo". Obbligo depennato nella versione finale. La discussione su questo provvedimento è stata l'occasione per i Mmg di focalizzare l'attenzione su come e quanto in questi anni sia stata erosa sempre più la loro autonomia prescrittiva

**L**e proteste delle categorie sociali "toccate" dalle nuove normative, previste dal "Decreto Cresci-Italia" - che ha già iniziato il suo iter parlamentare per la conversione in legge - hanno avuto come conseguenza immediata continui passi indietro su decisioni annunciate, verbalizzate nella bozza iniziale del decreto e poi depennate nel giro di poche ore. Fra queste proteste bisogna annoverare anche quelle dei medici di famiglia appena è stata paventata la notizia che nel decreto fosse previsto l'obbligo per i Mmg di aggiungere sulla ricetta, ad ogni prescrizione di farmaco, la dicitura: "o farmaco equivalente se di minor prezzo". Anche se con motivazioni diverse, i sindacati di categoria hanno fatto sentire subito il loro dissenso su una simile decisione. La discussione ha coinvolto quasi tutte le sigle sindacali con precisazioni e distinguo ed è proseguita, malgrado la modifica di tale

norma da parte del governo. Secondo il Decreto pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* (n. 19 24/1/2012 - Suppl.

Ordinario n.18) il medico di famiglia potrà aggiungere in calce alla ricetta la dizione "sostituibile con equiva-

## Decreto legge: Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività

(G.U. n. 19 del 24-1-2012 - Suppl. Ordinario n.18)

### Articolo 11

**9.** Il medico, nel prescrivere un farmaco, è tenuto, sulla base della sua specifica competenza professionale, ad informare il paziente dell'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali. Il medico aggiunge ad ogni prescrizione di farmaco le seguenti parole: "sostituibile con equivalente generico", ovvero, "non sostituibile", nei casi in cui sussistano specifiche motivazioni cliniche contrarie. Il farmacista, qualora sulla ricetta non risulti apposta dal medico l'indicazione della non sostituibilità del farmaco prescritto, è tenuto a fornire il medicinale equivalente generico avente il prezzo più basso, salvo diversa richiesta del cliente. Ai fini del confronto il prezzo è calcolato per unità posologica o quantità unitaria di principio attivo. All'articolo 11, comma 9 del decreto legge 31 maggio 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, nel secondo periodo, dopo le parole "è possibile", sono inserite le seguenti: "solo su espressa richiesta dell'assistito e".

*lente generico*" oppure *"non sostituibile"*, ma anche nulla, quindi nessun obbligo. Se la ricetta del medico non dice niente sulla sostituibilità, il farmacista *"è tenuto a fornire il medicinale equivalente generico con il prezzo più basso"*, ma non è formalmente obbligato a farlo.

### ► Il dibattito

"Non siamo completamente soddisfatti di questa marcia indietro del governo - ha dichiarato **Angelo Testa** presidente Snami. Quando non c'è beneficio alcuno per il Ssn e per il cittadino, neanche dal punto di vista economico, sarebbe etico fare un passo indietro completo. Quello che Snami continua a sottolineare è il tentativo di una coercizione dell'atto prescritto dal medico che non può comunque esercitarlo liberamente, prescrivendo ciò che ritiene più utile e opportuno per il proprio paziente. Per il presidente Snami, la dicitura *"non sostituibile"* andrebbe usata nella ricetta sia che si tratti di un farmaco di marca sia di un equivalente generico. Inoltre, in un recente comunicato, Snami fa presente che al sindacato: "arrivano segnalazioni quotidiane da tutta Italia su come parecchie farmacie siano sprovviste di farmaci generici che i Mmg indicano come *"non sostituibili"*". Al riguardo Snami ha chiesto un incontro con i rappresentanti dei farmacisti.

Per il segretario nazionale Fimmg, **Giacomo Milillo**, il dettato che impone ai medici di aggiungere inutili espressioni all'atto della prescrizione di un farmaco non fa che destare ulteriore confusione: "È chiara solo l'intenzione del legislatore di condizionare l'autonomia prescrittiva del medico.



Aggiungere sempre e comunque la dicitura *non sostituibile*, rimane l'ultima possibilità per il medico di sapere esattamente quale farmaco assumerà il suo paziente e poter essere così realmente responsabile della prescrizione. Siamo pronti a sostenere le mille ragioni cliniche che supportano questo comportamento. Decida il Governo i farmaci a disposizione dei medici per curare i cittadini italiani, si assuma la responsabilità di dire che sono disponibili solo i farmaci generici a prezzo più basso. Tolga gli altri dalla rimborsabilità, assumendosene la responsabilità. I medici si rifiutano di essere gli utili idioti che formalizzano le decisioni altrui. Al ministro della Salute **Renato Balduzzi**, che ha dimostrato attenzione e sensibilità per le ragioni dei medici, data la delicatezza dell'argomento che può avere enormi ripercussioni sulla qualità della professione medica e sulla salute dei cittadini, chiederemo di valutare e far valutare al Governo l'opportunità di rinunciare

a un provvedimento affrettato. Riterremo più appropriata la previsione nel decreto legge Cresci-Italia di un Decreto Ministeriale o legislativo che affronti in modo condiviso, esaustivo, chiaro ed equo la complessità della materia". La raccomandazione di aggiungere sempre la dicitura *"non sostituibile"* servirebbe anche a fronteggiare un'ulteriore criticità. Criticità evidenziata dal segretario provinciale della Fimmg di Taranto, **Ignazio Aprile**: "Nell'erogazione da parte delle farmacie non sempre si riesce a garantire al paziente la continuità nell'uso della stessa marca di generico. Accade di frequente che sia dispensato altro generico rispetto a quello prescritto. A volte non solo viene dato un generico diverso, con eccipienti diversi, ma anche di dosaggio diverso. Considerato che cambia anche il colore della confezione, è facile capire la confusione che spesso si crea soprattutto per gli anziani. Non facciamo resistenza alla diffusione del generico, ma vorremmo avere garanzie che il farmaco che si prescrive sia dispensato".



## Le precisazioni del ministro Balduzzi



**Renato Balduzzi**  
Ministro della Salute



Il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, tenuto conto dell'acceso dibattito inerente la prescrizione dei generici, per favorire una corretta interpretazione del comma 9 dell'articolo 11, in una nota ministeriale ha tenuto a precisare che:

"(...) La corretta interpretazione della norma non può prescindere dalla ratio dell'intero comma 9, le cui finalità sono, con ogni evidenza, dirette a favorire l'uso di medicinali equivalenti a più basso costo, nei casi in cui non sussistano specifiche ragioni sanitarie, che rendano necessario l'impiego dello specifico medicinale indicato dal medico. Quando il medicinale con denominazione di fantasia indicato dal medico sulla ricetta risulti avere il prezzo uguale a quello più basso fra tutti gli altri medicinali equivalenti (sia con nome di fantasia, sia con denominazione generica), la sostituzione di tale medicinale con altro equivalente

non troverebbe alcuna giustificazione. La sostituzione sarebbe in insanabile contrasto, poi, con le finalità della legge, se il prezzo del farmaco specificato dal medico risultasse più basso dei prezzi di tutti gli altri equivalenti. L'espressione, indubbiamente ridondante, di "equivalente generico" deve intendersi riferita a tutti i medicinali che risultino equivalenti a quello specificato dal medico, (art. 11 comma 1) che fa carico al medico di "informare il paziente sull'esistenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali", senza operare alcuna distinzione fra medicinali branded e medicinali a denominazione generica. In conclusione, il farmacista, qualora sulla ricetta non risulti apposta dal medico l'indicazione della non sostituibilità del farmaco prescritto, è tenuto a fornire al cliente il farmaco prescritto, ove questo abbia il prezzo più basso (in assoluto o alla pari di altri farmaci) fra i farmaci equivalenti, mentre se il prezzo del farmaco prescritto è superiore a quello di altri equivalenti, il farmacista è tenuto a fornire al cliente il farmaco equivalente (con denominazione di fantasia o con denominazione generica) avente il prezzo più basso fra tutti, fatta salva la diversa volontà del cliente".

### ► Smi dichiara lo stato d'agitazione

Critiche anche da Smi che, in occasione del recente convegno nazionale su: "Federalismo: formazione, lavoro e sanità nel governo delle Regioni, svoltosi a Prato, ha dichiarato lo stato di agitazione e ha redatto un documento in cui ha espo-

sto tutte le criticità per la categoria contenute nel decreto Cresci-Italia e Salva Italia, che sollevano la preoccupazione di molti medici come: l'obbligo di aggiungere, nella ricetta la dicitura "sostituibile con equivalente generico" oppure "non sostituibile", nonché l'intervento invasivo da parte del Governo sull'auto-

nomia delle casse di previdenza dei professionisti.

"È necessario dare una risposta ferma - ha sottolineato **Salvo Cali**, segretario generale Smi - a un modo di legiferare senza alcun confronto con chi opera in prima linea nei servizi sanitari e contro decisioni che mettono in discussione la stessa professionalità dei medici. Non chiediamo che si ripetano riti stanchi come i vecchi tavoli concertativi, però non è neppure accettabile che senza alcun dialogo si approvino norme confuse come quella sulla prescrittività del farmaco generico".

Nel documento infatti si precisa che Smi, pur valutando positivamente la promozione del ricorso al farmaco generico e la necessità di razionalizzare le spese farmaceutiche, contesta l'attuale formulazione della norma contenuta nel decreto legge "Cresci-Italia" e pertanto chiede:

- la modifica della norma nell'iter di conversione del decreto affinché si definiscano con precisione le responsabilità medico-professionali sulle scelte prescrittive al fine di permettere che il medico possa garantire e proteggere la salute dei cittadini. In questo senso Smi avvierà da subito un fitto calendario di incontri con i parlamentari e con i responsabili sanità dei partiti;
- di analizzare approfonditamente la situazione degli altri Paesi dell'Unione Europea, al fine conoscere le migliori esperienze comunitarie in tema di farmacoeconomia;
- di rivedere il Prontuario Medico Farmaceutico con la finalità di non includere nuovi farmaci che non siano effettivamente migliorativi di quelli esistenti;
- di mettere a disposizione dei medici uno nuovo strumento che contenga la classificazione puntuale dei principi attivi e dei dosaggi di tutti i

farmaci prescrivibili, così come insegna l'esperienza americana. Infine Smi chiede all'Aifa un controllo minuzioso sui farmaci equivalenti/generici per garantire la qualità delle confezioni non griffate e che il Ministero attivi le Asl perché mettano in atto campagne informative per la popolazione sull'uso di questi farmaci date le incertezze dei profili di responsabilità medico-legali tra medico prescrittore e farmacista e onde evitare conseguenze possibili derivanti dalle prescrizioni.

#### ► Voci fuori dal coro

Diametralmente opposta è la posizione di Fp-Cgil Medici. Secondo **Massimo Cozza** segretario Fp-Cgil Medici e **Nicola Preiti**, coordinatore

medicina generale, si tratta di una norma di buon senso che non oltraggia la professionalità del medico, ma favorisce un atto deontologico: "Informare il paziente dell'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguale, è un atto di deontologia professionale che il medico già fa per un uso appropriato delle risorse. Tanto più che in Paesi come Germania e Inghilterra l'utilizzo del generico è tre volte superiore all'Italia, con vantaggio dei cittadini e senza danno per la loro salute". C'è chi invece contesta la versione definitiva della norma sulla prescrizione dei generici da un'altra ottica e prospettiva. A farlo è **Silvio**

**Garattini**, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri che ne sottolinea la contraddittorietà: "Se il medico può reputare che ci sono farmaci generici da non somministrare ai pazienti, vuol dire che abbiamo in giro farmaci generici che non funzionano, questo non è accettabile. Tale norma fa passare l'idea che i farmaci equivalenti o generici siano in qualche modo di serie B, cosa non vera".

Per **Claudio Cricelli**, presidente Simg, questi messaggi contraddittori si sconfiggono solo con una reale ripresa di una politica del farmaco concertata con gli operatori sanitari. Inoltre evidenzia la necessità di realizzare uno studio clinico controllato per definire gli *outcomes* clinici dei pazienti trattati con molecole diverse.

## L'assenso di Assogenerici e il grido d'allarme di Farindustria

Indicare nella prescrizione l'esistenza del farmaco equivalente non intacca la libertà terapeutica del medico, ma al contrario offre ai cittadini la possibilità di risparmiare direttamente. L'inserimento in ricetta della dicitura "non sostituibile", rispetta a

pieno il principio della libertà prescrittiva del medico, favorendo anche in Italia una cultura del farmaco generico. È questo in sintesi il pensiero di Assogenerici, esplicitato in una nota dopo la pubblicazione del Decreto Cresci-Italia. Una posizione opposta a quella di Farindustria che chiede l'abolizione della normativa in cui non vede nessun vantaggio in termini di risparmi e di benefici per il paziente perché già oggi il farmacista ha l'obbligo di suggerire al paziente l'esistenza del farmaco equivalente a più basso costo, che è quello che il Ssn rimborsa. E il paziente ha la libertà di scegliere, in perfetta autonomia, se pagare la differenza per avere un farmaco diverso. Per Farindustria questa norma potrebbe avere conseguenze devastanti per la struttura industriale del settore. Secondo quanto affermato dal pre-



sidente **Massimo Scaccabarozzi**, se per legge si deve assolutamente dispensare il generico, si avrà una contrizione significativa del mercato interno di distribuzione dei farmaci. Concetto ribadito in una recente nota a conclusione dell'Assemblea straordinaria che ha esaminato le ricadute del decreto liberalizzazioni sulle imprese del farmaco.

# Luci e ombre sulla ricetta online

Sono ancora troppi i problemi applicativi riscontrati dai medici e farmacisti relativi all'entrata a regime della ricetta elettronica. Per questo motivo i sindacati di categoria hanno chiesto l'istituzione di un tavolo nazionale per la verifica e la validazione del progetto

Istituire un tavolo a livello nazionale, per la verifica e la validazione del progetto inerente la dematerializzazione della ricetta cartacea. È questa in sintesi la richiesta di 13 sindacati (Anao-Assomed, Cimo-Asmd, Cisl Medici, Federfarma, Fesmed, Fimmg, Fimp, Fp Cgil Medici, Fvm, Smi, Sumai-Assoprof, Ugl Medici, Uil Fpl Medici) firmatari della missiva inviata a gennaio ai ministeri coinvolti nell'attuazione del progetto. Se si vogliono evitare soluzioni improvvisate dell'ultimo minuto da parte delle amministrazioni che denunciano i maggiori ritardi in tema di sanità digitale - sottolineano i sindacati - meglio istituire un tavolo tecnico nazionale aperto a tutti gli attori, "con l'obiettivo di esaminare le criticità rilevate e fornire al livello territoriale uniformi e costruttive soluzioni per il sollecito raggiungimento degli obiettivi programmati".

Già in precedenza e cioè subito dopo il decreto del 2 novembre, ("Dematerializzazione della ricetta medica" Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12/11/2011), Fimmg e Federfarma, presa visione del disciplinare tecnico allegato, avevano inviato una nota ai ministri competenti e ai presidenti delle Regioni per chiedere l'avvio di un confronto in merito alle possibili criticità in fase di applicazione del sistema. A dicembre

Snami risolveva il problema dichiarando che la dematerializzazione della ricetta era una "bufala". Il perché di una tale affermazione va cercato proprio nel disciplinare in cui si prevede il rilascio al paziente da parte del medico di un promemoria cartaceo sia nel caso di esito positivo dell'invio online della ricetta sia negativo.

Snami ha poi denunciato alcune criticità del sistema appurate in fase

di sperimentazione, tra cui le file d'attesa negli studi dei Mmg per la lungaggine della procedura dovuta a continui empassi del sistema, probabilmente per un sottodimensionamento delle reti informatiche regionali. Motivo per cui il sindacato ha creato una *task force* operativa per studiare il problema e porre soluzioni. Ma i tempi stringono poiché il piano per la diffusione della ricetta digitale dovrebbe essere messo a

## Le Regioni in cui è previsto l'obbligo di ricetta online

Dal mese di febbraio dovrebbero essere 15 le Regioni dove è obbligatorio compilare e spedire la ricetta online (Decreto del ministero dell'Economia e Finanze del 21 febbraio, *G.U.* n. 53 del 5 marzo 2011; decreto ministeriale del 21 luglio 2011 con cui è stata aggiornata la lista delle Regioni che dal mese di ottobre in giù si sarebbero aggiunte alla lista iniziale).

A fare da apripista la Lombardia (1/10/2010), forte del suo sistema Siss, a seguire Valle D'Aosta (1/04/2011), Emilia Romagna (1/05/2011). A luglio 2011 è toccato ad Abruzzo, Campania, Molise, Piemonte e la Provincia autonoma di Bolzano, a settembre si sono aggiunte Calabria e Liguria, e un mese dopo Basilicata e Provincia di Trento. A fine 2011 è stata la volta di Toscana e Sardegna.

Nel 2012 e precisamente il 31 gennaio all'elenco si è aggiunta la Puglia. Secondo poi quanto stabilito dal decreto del 2 novembre 2011, successivi accordi tra singole Regioni e ministeri dell'Economia determineranno la scadenza per le altre Regioni.





punto tra ministero, Regioni e Province autonome entro settembre 2012. Entro la fine dell'anno in corso l'obbligo della ricetta online dovrebbe coinvolgere tutti i medici italiani, di famiglia, medici convenzionati, dipendenti e tutte le ricette per farmaci, prescrizioni di esami e visite specialistiche. Salvo in casi di emergenza, per chi, dal gennaio 2013, continuasse a prescrivere su carta è prevista una penale di 1,20 euro lordi l'anno a paziente.

Tenuto conto delle date e di quanto contemplato nel disciplinare tecnico, c'è chi comincia a sospettare che il progetto relativo alla completa ricetta online su tutto il territorio nazionale sia stato "accantonato". A pensarla così è **Gianfranco Breccia**, vice segretario nazionale Snam. "Quanto prescritto dal decreto - dichiara a M.D. Breccia - si allontana sia da quanto messo in atto nella fase di sperimentazione realizzata nei vari territori, sia dall'obiettivo finale del progetto che è quello della scomparsa della ricetta cartacea. Inoltre, malgrado quanto previsto dai decreti del ministero dell'Economia che stabilivano le date inerenti alla fine della sperimentazione nelle singole Regioni e l'entrata a regime, sono ancora molte le Regioni in cui, finita la fase di sperimentazione, la ricetta online non è partita, per esempio Campania e Piemonte".

Una realtà prevedibile visti anche i dati diffusi precedentemente dalla Fimmg secondo i quali, in Piemonte e Campania circa un quarto dei medici coinvolti nel progetto non aveva inviato neanche una ricetta

online; il 10% lo aveva fatto occasionalmente (solo qualche report giornaliero) e il restante 65% aveva compilato in tutto 3-4 ricette elettroniche. Meglio la Valle D'Aosta, dove il 62% dei camici bianchi spediva per via telematica, il 35% lo faceva con qualche difficoltà mentre solo il 4% non riusciva ad utilizzare lo strumento. A tale proposito va annoverato anche il caso della Calabria, Regione commissia-

rata dal 2009, che ha visto dilatarsi l'avvio a regime a causa di un contenzioso tra medici e Regione che si è chiuso di recente, contenzioso relativo ai pagamenti previsti per la fase di sperimentazione che è durata da novembre 2010 a maggio 2011. Da fine maggio dalla Regione non arrivano più ricette online al ministero dell'Economia con buona pace degli investimenti dei medici che hanno partecipato alla fase di sperimentazione.

### Le indicazioni del decreto Dematerializzazione della ricetta medica cartacea

(di cui all'art. 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010)

Il decreto, tramite il disciplinare tecnico ad esso allegato, stabilisce le modalità con le quali si dovranno trasmettere le ricette: il medico prescrittore, al momento della generazione della ricetta elettronica, invia al Sac, Sistema di accoglienza centrale, (tenendo conto degli eventuali sistemi di raccolta regionali, Sar), i dati della ricetta comprensivi del Nre (numero della ricetta elettronica), del codice fiscale dell'assistito titolare della prescrizione e dell'eventuale esenzione dalla compartecipazione dalla spesa. In caso di esito positivo dell'invio, il medico rilascia all'assistito il promemoria cartaceo della ricetta elettronica. Su richiesta dell'assistito, il promemoria può essere trasmesso anche attraverso altri canali, sempre previsti negli allegati tecnici al decreto. Se, invece, l'esito dell'invio risulta negativo, il medico è tenuto a segnalare l'anomalia al Sistema Tessera sanitaria e ad utilizzare per la prescrizione il vecchio ricettario. Nel momento in cui l'assistito utilizza la ricetta elettronica, la struttura che si occupa di erogare

i servizi sanitari previsti, in base alle informazioni "di cui al promemoria della medesima ricetta elettronica", preleva dal Sac i dati della prestazione da attuare, comprese le eventuali indicazioni di esenzione. Sarà poi sempre la struttura di erogazione a ritirare anche il promemoria presentato dall'assistito. Se i dati necessari alla procedura dovessero risultare indisponibili, la struttura di erogazione avrebbe il compito di segnalare l'anomalia al Sistema Tessera Sanitaria ed erogare la prestazione rilevando i dati dal promemoria fornito dall'assistito per poi trasmettere telematicamente al Sac le informazioni sulla prestazione erogata. Riguardo, infine, il processo di "diffusione" nelle Regioni della "dematerializzazione della ricetta medica" per le prescrizioni a carico del Ssn e dei Sasn (uffici di sanità marittima, aerea e di confine), saranno accordi specifici tra Regioni, Economia e Salute a stabilire la messa a regime, considerando gli eventuali Sar, la specificità delle prescrizioni mediche e la loro valenza sul territorio nazionale.

## Patto per la Salute: proposte orfane e dinieghi

“Io non centro”! Questo nella sostanza il commento, che il ministro per la Salute, professor Renato Balduzzi, ha affidato di recente alle agenzie di stampa, riguardo la proposta (inserita nella bozza delle Regioni inerente al Patto per la Salute), di limitare il ruolo dei pediatri, nell’ambito delle cure primarie, all’assistenza dei bambini non oltre i 6 anni di età. Per meglio chiarire agli indispettiti pediatri extraospedalieri, che l’idea non è un parto della sua mente, il ministro ha specificato che essa è contenuta in *“un documento tecnico dei Direttori degli Assessorati Regionali alla Sanità”*. Così facendo, però, il ministro ha parzialmente smentito il presidente della Conferenza dei Presidenti regionali, Vasco Errani, che aveva declassato quel documento al rango di “ipotesi”. Il presidente Errani aveva anche detto che quelle ipotesi “non erano state discusse né vagliate dalle Regioni”. Impossibile non credergli. Sarà stato sicuramente così. Però la bozza, finita online nella tarda serata del 24 gennaio, era aperta da un capitoletto, intitolato, *“Introduzione ed analisi della situazione: la sostenibilità del sistema”*, di cui, mi dicono, siano autori gli Assessori alla sanità, non i loro tecnici di fiducia. Come abbiano fatto a redigerlo, senza discuterlo né vagliarlo, resta un mistero. Comunque il ministro ha ragione da vendere, nel dire ai rappresentanti dei pediatri, cercate almeno di non confondere il ministero della Salute, con la Conferenza delle Regio-

ni. Diamo una mano al ministro a fare chiarezza. Come vengono scritti questi documenti tecnici? Dividendosi i compiti fra le Regioni: un capitoletto per funzionario regionale. Perciò, se i pediatri vogliono sapere chi sta cercando, con squisita cortesia, di sgravarli del peso di parte del loro lavoro, per ringraziarlo a dovere, devono semplicemente farsi dire a chi è stato affidato l’argomento, *“Riordino delle cure primarie”*. Comunque, in questi giorni una buona notizia per il ministro Balduzzi c’è stata: lo sciopero delle farmacie, è stato revocato. C’era da aspettarselo. Il rischio, per i farmacisti, di essere accomunati, agli occhi dell’opinione pubblica, ai tassisti e ai camionisti o, peggio, di essere percepiti come una casta, che vuol difendere i suoi privilegi, era elevatissimo. Meglio evitare.

**Stefano Alice**

Medico di medicina generale  
Genova

## Come possiamo non essere indignati?

Non è antipolitica, ma l’esteronazione di un disagio esistenziale e professionale che accomuna la stragrande maggioranza dei medici di medicina generale che in questi anni hanno assorbito tutto senza battere ciglio. Sono un medico di medicina generale con 867 assistiti in carico (due studi allocati in due diverse località per essere il più vicino possibile ai pazienti) ed un compenso forfetario di euro 3,33 lordo al mese per assistito, nato 55 anni orsono in

una famiglia tradizionalmente contadina, sposato con tre figli, laureato nel minor tempo possibile e con il massimo dei voti e lode (all’età di 24 anni e dopo aver superato ben 38 esami invece dei 28 esami di laurea previsti dalla Legge) e due specializzazioni (Ginecologia ed Endocrinocirurgia) conseguite con il massimo dei voti e lode (ho dovuto rinunciare alla carriera ospedaliera e/o universitaria per mancanza di Santi in Paradiso); quando andrò in pensione, dopo 40 anni di contributi, forse potrò godere di circa 1.500 euro di pensione al mese senza ricevere alcun trattamento di fine rapporto e senza aver mai potuto godere né della tredicesima né di un solo giorno di malattia e/o di ferie.

Scrivo a caldo, dopo aver finito di leggere un articolo in cui si riportava le cifre relative allo stipendio percepito dai commessi-sorveglianti di Montecitorio (2.618 euro netti al mese appena assunti per arrivare a 5.613 euro dopo appena 15 anni di lavoro) e dopo aver riletto le retribuzioni (pazzesche) che ricevono i burocrati e superburocrati di stanza a Palazzo Chigi - di gran lunga superiori a quelle di un medico di famiglia come il sottoscritto dopo circa 30 anni di servizio - e non posso nascondere che mi viene voglia di rovesciare il tavolo e andare a prendere a calci nel sedere tutti i colleghi sindacalisti che in questi anni hanno fatto finta di tutelare gli interessi dei cosiddetti medici di medicina generale. Ho già dato il benservito al sindacato di categoria a cui sono iscritto.

Questo sfogo personale riflette il disagio esistenziale e professionale della stragrande maggioranza dei medici di medicina generale

che in questi anni hanno assorbito tutto senza battere ciglio, sono stati costretti a vivere una vita da "precario" senza alcuna garanzia ed obbligati ad assolvere tutta una serie di doveri, etici e non, pena la ricusazione del paziente.

Un precario che pur essendo considerato sulla carta un lavoratore autonomo, nella pratica invece è un dipendente a cui è negato ogni beneficio derivante dalla "dipendenza". È inutile ricordare che circa il 40% della retribuzione del medico di famiglia se ne va nelle molte spese necessarie allo svolgimento dell'attività medica: l'affitto o il mutuo dello studio, l'aggiornamento tecnologico e scientifico, i servizi assicurativi e le spese di gestione dello studio.

Per non parlare delle penalizzazioni in materia pensionistica e degli impropri oneri della subordinazione senza alcun corrispondente beneficio.

**Amedeo Ceniccola**

Medico di medicina generale  
Benevento

## Certificazioni: un utile consiglio all'Inps

Ammettiamo che un paziente, dimesso dall'ospedale dopo un intervento per una deviazione del setto nasale, chieda un certificato di malattia per la convalescenza. A parte il fatto che la durata della convalescenza dopo un intervento chirurgico dovrebbe essere stabilita e quindi il certificato dovrebbe essere rilasciato dal chirurgo che sa meglio del Mmg che intervento ha fatto, quali eventuali difficoltà

ha incontrato, e quali complicazioni può prevedere; il guaio è che quando nel menù a tendina dell'Inps cercate la diagnosi, per poter rilasciare il certificato di malattia telematico, vi compare di tutto, persino la "caduta dal cassetto", ma "convalescenza dopo intervento di settoplastica nasale", "esiti di intervento per deviazione del setto nasale", o cose così non le trovate. Tutt'al più trovate "deviazione del setto nasale". Un piccolo consiglio all'Inps: o accetta la diagnosi libera, cioè scritta liberamente dal medico, vanificando così però ogni intento classificativo, oppure utilizza anche per i certificati di malattia lo schema diagnostico "ad albero" che già utilizza per i certificati di invalidità. Inoltre, perché non permettere, o magari obbligare gli specialisti, ospedalieri, convenzionati o anche privati, a rilasciare i certificati di malattia telematici in prima persona, prevedendo magari una sub-routine che contestualmente ne invia una copia al Mmg? Possiamo contattarci?

**Antonio Attanasio**

Medico di medicina generale  
Mandello del Lario (LC)

## Un rimedio estremo per quella burocrazia che tanto ci pesa

Vorrei delineare un esempio, certamente estremo e soggetto alla cosiddetta legge del taglione, che però ben illustra l'equilibrio fra onestà e burocrazia. Quella burocrazia che tanto ci pesa. Nel senso che ove aumenti l'una, diminuisce l'altra. Quando dobbiamo scrivere una prescrizione per far-

maci od esami diagnostici dobbiamo sottostare a plurime specificazioni: nome e cognome del paziente, codice fiscale, titolo della prestazione, loro numero, data, esenzioni per patologia o reddito o altro, esenzione farmaco relativo a classi di patologie, timbro, firma, numero e nome azienda sanitaria, ecc. La non osservanza di queste precise norme specificative porta alla nullità della "ricetta". Perché tutto questo? Perché il Mmg deve passare metà del suo tempo ed impegno in tutte queste specificazioni (anche se opera con una segretaria)? Semplice. C'è sempre un furbo che vuole più confezioni del farmaco, non pagare certi farmaci, millantare esenzioni per patologia o reddito, sempre per non pagare. Quindi tocca al medico, per conto dell'azienda sanitaria attestare tutta una serie di specifiche. Come liberarci da queste incombenze, inutili dal punto di vista medico? Penso che basterebbe che il medico scriva solo il nome del farmaco o di una prestazione su di un foglio e il paziente andrà in farmacia o in ospedale a chiedere e pagare quanto dovuto (se dovuto) e basta. Come ottenere questo? Semplice, con la teoria delle due mani. Alla prima furberia accertata al paziente viene, con immediatezza, tagliata una mano. Il paziente avrebbe due possibilità di errore volontario. Ma siamo in democrazia, si potrebbe passare alle dita, dando dieci possibilità di errore. Diversamente, come ora, da 15 specifiche per ricetta passeremo presto, facilmente a 20, 25, perché c'è sempre un furbo che riesce a fare di più. Dico bene?

**Luciano Zaccari**

Medico di medicina generale  
Osimo (AN)

# AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

---

---

---



## ■ ANGIOLOGIA

*Utilità dello screening dell'aneurisma aortico addominale*

## ■ CARDIOLOGIA

*Controllo dell'ipertensione arteriosa, attualità e obiettivi futuri*

## ■ DIABETOLOGIA

*Migliora la qualità dell'assistenza ai pazienti diabetici*

## ■ EMATOLOGIA

*Leucemia mieloide cronica: disponibile in Italia nilotinib*

## ■ GASTROENTEROLOGIA

*Up to date sulle malattie infiammatorie croniche intestinali*

## ■ NEUROLOGIA

*Progressi terapeutici nella sclerosi multipla*

## ■ ONCOLOGIA

*Radioterapia oncologica: una strategia multidisciplinare*

## ■ PEDIATRIA

*Prevenzione infantile di obesità e trombosi*

## ■ VACCINAZIONI

*Infezione da HPV e immunizzazione maschile*

## ■ ANGIOLOGIA

### Utilità dello screening dell'aneurisma aortico addominale

La mortalità per la rottura di un aneurisma aortico addominale (AAA) è tutt'oggi elevatissima, tanto che circa l'80% dei pazienti muore prima di arrivare in ospedale e un'alta percentuale di coloro che sono sottoposti a intervento chirurgico d'urgenza va incontro a complicanze severe (la mortalità è del 50%). Per questo è importante diagnosticare precocemente la malattia, per intervenire prima della fase acuta, il limite tuttavia è l'assenza di una sintomatologia specifica.

In questo contesto la comunità scientifica si sta indirizzando verso programmi di prevenzione con la possibilità di proporre lo screening in soggetti con specifiche caratteristiche di rischio, anche perché la diagnosi può essere sospettata con la palpazione dell'addome mentre una semplice ecografia risulta diagnostica, con una sensibilità del 95% e una specificità del 100%, se praticata da personale addestrato. L'accuratezza e la facilità della diagnosi ecografica e la conseguente riduzione della mortalità, attraverso la correzione chirurgica in elezione giustificano dunque lo screening per aneurisma. L'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità derivata dalla rottura dell'AAA è già stata documentata dallo studio *Multicenter*

*aneurysm screening study (BMJ 2009; 338: b2307)* che ha dimostrato di potere prevenire oltre 2.000 morti l'anno.

In Italia è stato condotto nel 2011 lo studio OASIS (Observational Aneurysm Screening Italian Study) che ha arruolato oltre 12.500 soggetti di sesso maschile, range di età 65-80 anni, con l'obiettivo di identificare sia l'incidenza dell'aneurisma dell'aorta addominale nella popolazione target con un esame ecografico addominale per valutare il diametro dell'aorta addominale, sia identificare-individuare i fattori che incrementano il rischio di sviluppo della patologia e di avviare i pazienti al follow-up o al trattamento

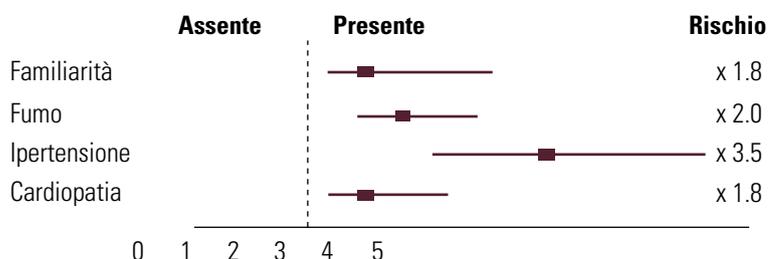
chirurgico per gli aneurismi di calibro significativo.

Il Prof. **Maurizio Puttini**, Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, Past-president della Sicve (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare), illustrando i dati preliminari ha sottolineato che lo studio fornisce elementi importanti sul profilo della popolazione più a rischio e sull'incidenza della patologia. Negli oltre 12.500 soggetti arruolati sono stati scoperti oltre 80 AAA in portatori ignari di essere affetti dalla patologia.

Un ulteriore dato interessante è che soggetti con uno o più fattori di rischio (fumo, cardiopatia, ipertensione arteriosa, ma anche familiarità) hanno una probabilità fino a 5.8 volte superiore di sviluppare un aneurisma.

Anche se in attesa dei dati completi, lo studio getta le basi per proporre uno screening a livello nazionale per diagnosticare questa patologia silente, selezionando accuratamente la popolazione target in base ai fattori di rischio correlati alla patologia.

#### Rischio di ectasia/aneurisma per comorbidità



Pazienti con uno o più fattori di rischio hanno una probabilità fino a **5.8 volte superiore** di sviluppare un aneurisma

*Observational Aneurysm Screening Italian Study, 2011*

## Trattamento chirurgico ed endovascolare

■ Il trattamento chirurgico tradizionale si basa su una tecnica standardizzata che prevede un'ampia esposizione dell'addome, quindi una grande incisione che parte sotto lo sterno e finisce sopra il pube. L'aorta viene clampata, la sacca aneurismatica viene aperta in senso longitudinale e, al suo interno, il tratto di aorta malato viene sostituito con una protesi tubolare di polipropilene. Il decorso post-operatorio dura circa 8-10 giorni. Nel

follow-up ci si avvale di ecografia ed ecocolor-Doppler.

■ Nell'intervento endovascolare si utilizza come accesso l'arteria femorale e si introduce un catetere. Sotto controllo radiografico si verifica l'ingresso del catetere che viene fatto risalire fino alla sede dell'aneurisma, dove viene aperta la protesi endovascolare, dotata di uno scheletro metallico, che si aggancia all'aorta. L'anestesia è locale o spinale e nel corso del fol-

low-up è necessario eseguire indagini molto ravvicinate nel tempo, per verificare il corretto posizionamento della protesi.

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

## ■ CARDIOLOGIA

### Controllo dell'ipertensione arteriosa, attualità e obiettivi futuri

**A** fronte di un'ampia disponibilità di trattamenti antipertensivi, la vasta maggioranza dei pazienti italiani ipertesi non raggiunge i target di controllo pressorio ( $\leq 140/90$  mmHg e  $\leq 130/80$  mmHg in soggetti con diabete di tipo 2).

Una delle cause alla base del mancato raggiungimento degli obiettivi pressori è stata identificata nella bassa compliance terapeutica, individuando alcune criticità della non aderenza: complessità del regime terapeutico (relazione fra complessità del dosaggio e numero dei farmaci da assumere), frequenza del regime terapeutico giornaliero, effetti collaterali, scarsa consapevolezza dei pazienti.

In questa prospettiva, gli studi indicano come l'utilizzo di combinazioni fisse sia in grado di produrre un miglioramento dell'aderenza fino al 19% dei pazienti rispetto alla somministrazione con l'associazione estemporanea (*Am J Cardiovasc Drugs* 2008; 8: 45-50) e le indicazioni ESH/ESC raccomandano l'uso di associazioni fisse di due o più farmaci per semplificare il trattamento e favorire la compliance.

La recente disponibilità in Italia dell'associazione pre-costituita di due dei più diffusi antipertensivi -

olmesartan medoxomil (sartano) e amlodipina (calcioantagonista) - si inserisce in questo contesto e permette ai medici un'ulteriore efficace opzione terapeutica.

Il farmaco è indicato in quei pazienti la cui pressione arteriosa non sia adeguatamente controllata da olmesartan o da amlodipina in monoterapia o in quei pazienti che già assumono i due farmaci separatamente. Inoltre è disponibile in tre differenti dosaggi che aiutano i medici a proporre un trattamento "sartoriale" per ogni singolo paziente per il raggiungimento del target pressorio: 20mg/5mg, 40mg/5mg, 40mg/10mg.

#### ► Vantaggi dell'associazione fissa

Sulla base delle evidenze scientifiche le associazioni fisse di due o tre farmaci possono ridurre in maniera significativa il numero di compresse che il paziente deve assumere quotidianamente. In una recente meta-analisi su pazienti sottoposti a terapie antipertensive è stata dimostrata una maggiore compliance al trattamento da parte dei soggetti a cui erano state prescritte associazioni fisse rispetto al trattamento con gli stessi farmaci assunti in associazioni estemporanee. Inoltre viene evidenziata una chiara

tendenza verso un migliore controllo pressorio nei pazienti a cui viene prescritta una associazione fissa rispetto ad associazioni estemporanee (*Hypertension* 2010; 55; 399-407).

#### ► Obiettivi futuri

Secondo il Prof. **Massimo Volpe**, Presidente della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa, "la combinazione fissa di due antipertensivi ha dimostrato di poter migliorare la compliance, perché semplifica il regime terapeutico, riducendo il numero di compresse da assumere, che attualmente nei pazienti medio-gravi e gravi possono raggiungere anche le tre o quattro al giorno. In questa prospettiva una più stretta collaborazione fra specialisti e medici di medicina generale è fondamentale per portare nel medio periodo al 70% la quota di pazienti ipertesi con un controllo pressorio ottimale: un obiettivo ambizioso, ma necessario". Il solo abbassamento di 2 mmHg di pressione sistolica in pazienti di 40-69 anni può ridurre del 7% il rischio di mortalità dovuta a cardiopatia ischemica e ad altri eventi cardiovascolari e del 10% per decade il rischio di mortalità da ictus.

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

## ■ DIABETOLOGIA

### Migliora la qualità dell'assistenza ai pazienti diabetici

**G**li Annali dell'Associazione Medici Diabetologi analizzano i dati reali di circa un sesto degli italiani con diabete, tracciando un'immagine significativa dell'assistenza. In particolare, la sesta edizione, "Annali AMD 2011 - Livelli di controllo metabolico, pressorio e lipidico e utilizzo dei farmaci nel diabete di tipo 2. Gli anni 2005-2009 a confronto", valuta l'evoluzione dell'assistenza erogata, sulla base di un campione di oltre 262mila soggetti con diabete nel 2005, cresciuto a più di 415mila nel 2009.

Per quanto riguarda la valutazione complessiva della prestazione assistenziale dei centri diabetologici del nostro Paese il miglioramento in 5 anni è evidente. Lo documenta l'aumento di due punti, da 22.2 a 24.3, del valore medio dello "score Q", l'indice che valuta qualitativamente l'efficienza delle cure e dell'assistenza prestate, e conseguentemente l'efficacia nel prevenire le complicanze tipiche del diabete. Il rapporto presenta un approfondimento sulla relazione tra cambiamenti nei livelli di controllo dei principali parametri clinici associati al diabete e alle complicanze cardiovascolari (emoglobina glicosilata, pressione arteriosa e colesterolo) e utilizzo di farmaci.

#### ► **Controllo metabolico (HbA1c)**

Nonostante complessivamente non si siano registrate modificazioni nel livello medio di HbA1c nei due periodi a confronto - fermo al 7.5% - si evidenzia una riduzione della quota di persone con valori particolarmente elevati (>8.1%), associata a una riduzione anche di quelle con valori ≤6.5%. Un dato che però non deve trarre in inganno: numerosi studi evidenziano un aumento del rischio cardiovascolare anche in caso di valori di HbA1c ridotti eccessivamente.

#### ► **Pressione arteriosa**

Anche nell'analisi dei valori della PA si evidenzia un moderato miglioramento, documentato dall'aumento dei pazienti con diabete a "target" (ossia con valori della PA <130/80mmHg - passata dal 10.8% al 15.2%, con un incremento relativo del 29%), associato a una riduzione di quelli con valori >140/90 mmHg (da 63.8% a 57%). Nonostante questi risultati siano da valutare positivamente, permane un quadro di difficoltà nel raggiungimento di valori pressori raccomandati.

La percentuale di pazienti trattati con farmaci antipertensivi è aumentata, passando dal 38.3% al 58.6%.

#### ► **Profilo lipidico (colesterolo LDL)**

Il confronto dei valori di colesterolo LDL nel 2005 e nel 2009 documenta un sensibile miglioramento, evidenziato dal marcato incremento di pazienti con valori <100 mg/dL (30.1% contro 41.8%, +38.9%), associato a una parallela riduzione della percentuale di pazienti con valori >130 mg/dL (passati da 35.7% a 26%, con un -27.2%).

Il marcato miglioramento negli anni nei livelli di controllo del colesterolo LDL è ampiamente spiegato dal raddoppio, nell'arco di cinque anni, della percentuale dei pazienti in cura con farmaci ipolipemizzanti (da 21.5% a 41.3%).

In particolare, dal 2005 al 2009, è praticamente raddoppiata la percentuale di utilizzo delle statine (19.3% contro 37.7%), mentre si mantiene modesto, sebbene in aumento, l'uso di altri farmaci ipolipemizzanti. Dall'incrocio fra i dati riguardanti i farmaci e i livelli di colesterolo LDL emergono altre informazioni importanti.

Infatti, si è ridotta in modo marcato la quota di valori elevati di LDL nonostante l'impiego dei farmaci (da 35.6% a 23.3%, -34.5%) e, seppure in misura minore, si è ridotta la percentuale di persone con diabete non in cura con farmaci, nonostante valori di colesterolo LDL >130 mg/dL (35.7% contro 28.4%, con un -20.4%).

## ■ EMATOLOGIA

### Leucemia mieloide cronica: disponibile in Italia nilotinib

**N**el nostro Paese si è compiuto un ulteriore passo avanti verso la cura della leucemia mieloide cronica (LMC) Philadelphia positiva. Nilotinib ha ricevuto l'approvazione in Italia come trattamento di prima linea per i pazienti adulti affetti da LMC. L'approvazione si basa sui dati dello studio di fase 3 ENESTnd (*Lancet Oncology* 2011; 12: 841-851) in cui nilotinib ha mostrato di superare imatinib nell'ottenere percentuali significativamente più elevate di risposta molecolare non solo maggiori, ma complete e nel ridurre la progressione di LMC. Risultati che sono stati confermati anche nel follow-up a 36 mesi (Congress American Society of Haematology 2011, abs n. 452) in

cui si evidenziano dati ancora più significativi inerenti alla capacità di nilotinib di ridurre il numero di pazienti che inizialmente evolvono in crisi blastica e in fase accelerata, fasi di progressione della malattia che ancora oggi si associano a un esito fatale nella maggior parte dei casi.

#### ► Il farmaco

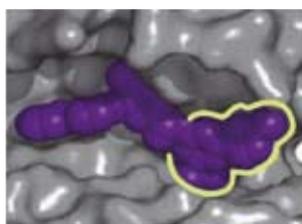
Nilotinib è un farmaco sviluppato da Novartis e appartiene alla classe degli inibitori della tirosina-chinasi Bcr-Abl, il prodotto del cromosoma Philadelphia (Ph+), marker specifico della leucemia mieloide cronica.

La tirosina-chinasi Bcr-Abl è l'oncoproteina che causa l'anomala diramazione (o trasduzione) dei segnali di attivazione del sistema cellulare che sono all'origine del processo leucemico.

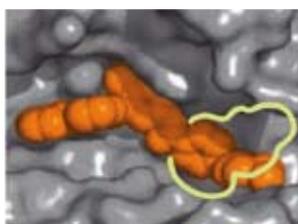
Nilotinib blocca Bcr-Abl "inserendosi" con elevata affinità all'interno della "tasca", responsabile dell'attivazione dell'oncoproteina; riesce a farlo in maniera efficace agendo anche su forme mutanti della tasca stessa.

Rispetto a imatinib - inibitore della tirosina-chinasi di prima generazione - nilotinib mostra una più elevata potenza nell'inibire la proteina anomala e presenta una maggiore affinità di legame - è cioè più specifica - per la chinasi Bcr-Abl.

Come conseguenza della sua attività biochimica, inibisce selettivamente la proliferazione cellulare e induce la morte delle cellule leucemiche Ph+ dei pazienti affetti da



Nilotinib



Imatinib

*Maggiore affinità di nilotinib vs imatinib per il sito di legame della tirosina-chinasi*

LMC. La maggiore selettività del farmaco nei confronti della chinasi Bcr-Abl si riflette in una migliore efficacia clinica.

## ► Lo studio

Lo studio ENESTnd (*Evaluating Nilotinib Efficacy and Safety in clinical Trials—newly diagnosed patients*) è uno studio di fase 3, multicentrico, *open-label* e randomizzato che ha incluso pazienti con diagnosi di LMC positiva per il cromosoma Philadelphia, con una funzione d'organo. I pazienti sono stati randomizzati a ricevere nilotinib 300 mg 2/die, nilotinib 400 mg 2/die o imatinib 400 mg 1/die, tutti per via orale.

L'endpoint primario è stato la remissione molecolare maggiore (MMR) a 12 mesi, mentre l'endpoint secondario principale è stato la valutazione della MMR durevole a 24 mesi.

Dal 6 settembre 2007 al 30 settembre 2008 sono stati reclutati 846 pazienti. L'analisi si è conclusa il 20 agosto 2010.

I pazienti sono stati divisi in tre gruppi: 282 hanno ricevuto nilotinib 300 mg 2/die, 281 nilotinib 400 mg 2/die e 283 imatinib 400 mg/die.

Dopo 24 mesi un numero significativamente superiore di pazienti trattati con nilotinib presentava una remissione molecolare maggiore rispetto ad imatinib (71%[201] con nilotinib 300 mg 2/die, 67%[187] con nilotinib 400 mg 2/die e 44%[124] con imatinib) e la differenza, significativa, è stata mantenuta anche durante il periodo tra il mese 12 e

## Epidemiologia della leucemia mieloide cronica

Le leucemie sono responsabili di circa il 3% di tutte le neoplasie, con una prevalenza nel mondo di circa 60-100 casi per milione di abitanti per anno. L'incidenza della leucemia mieloide cronica è di 16 nuovi casi per milione per anno. È una malattia rara nei bambini, in cui non costituisce più del 5% di tutte le leucemie.

Negli adulti la LMC rappresenta circa il 15-20% di tutti i casi di leucemie ed è meno comune della leucemia mieloide acuta (LMA, 33%) e della leucemia linfocitica cronica (LLC, 26%) (Dati Usa, Cancer Statistics, 1997, su un totale di 28.300 casi).

In Italia, in Europa e negli Stati Uniti l'età mediana alla diagnosi di LMC è di 60-65 anni. Nei Paesi in via di sviluppo, nell'America del Sud, in Africa, in Asia, l'età mediana alla diagnosi è 40-50 anni, poiché la popolazione è più giovane.

L'incidenza della malattia è pari a 10-15 nuovi casi per milione per

anno, per un totale in Italia di circa 600-900 nuovi casi all'anno.

In Europa si registrano tra i 5 mila e i 7.500 nuovi casi all'anno e 50-75 mila nel mondo. Per ciò che concerne la prevalenza, ad oggi si calcola che in Italia vi siano da 6 a 9 mila pazienti con leucemia mieloide cronica, ma essa è in continuo aumento: nel 2010 le stime in Europa indicavano circa 50 mila pazienti affetti da leucemia mieloide cronica, per il 2015 questo numero sarà raddoppiato.

La LMC è a eziologia sconosciuta, non è ereditaria e non esiste associazione nota con agenti infettivi. Esiste invece un'associazione tra LMC ed esposizione alle radiazioni ionizzanti. La prima dimostrazione si è avuta attraverso l'analisi epidemiologica dei casi di LMC nei sopravvissuti alle esplosioni atomiche belliche di Hiroshima e Nagasaki: la LMC è risultata molto più frequente di quanto atteso.

24. La sopravvivenza è risultata simile per i 3 gruppi di trattamento, ma si sono registrate meno morti correlate alla LMC nei gruppi di pazienti trattati con nilotinib rispetto a quelli trattati con imatinib (5.3 e 10 rispettivamente).

La progressione della malattia verso la fase accelerata o blastica è stata inferiore nel gruppo nilotinib rispetto al gruppo imatinib (2 casi per nilotinib 300 mg, 5 casi per nilotinib 400 mg vs 17 casi per imatinib;

$p=0.0003$  per nilotinib 300 mg e  $p=0.0089$  per nilotinib 400 mg).

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

## ■ GASTROENTEROLOGIA

### Up to date sulle malattie infiammatorie croniche intestinali

**L**e due principali forme cliniche delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI o IBD - *Inflammatory Bowel Diseases*), malattia di Crohn e colite ulcerosa, colpiscono circa 2.2 milioni di persone in Europa. In Italia si registrano ogni anno dalle 3.000 alle 5.600 nuove diagnosi di colite ulcerosa e dalle 1.350 alle 2.000 di malattia di Crohn e ultimamente sono sempre più numerosi i casi in età pediatrica e adolescenziale.

Le MICI possono condizionare drammaticamente la vita dei pazienti per i sintomi ciclici e particolarmente invalidanti come diarrea - anche di tipo emorragico - dolori addominali, vomito, e complicanze severe che richiedono il ricovero in ospedale.

#### ► Diagnosi

La diagnosi precoce è uno strumento di estrema importanza per la qualità di vita del paziente: se la diagnosi è prodotta tempestivamente si riesce ad essere molto veloci nella terapia e ciò consente di evitare che si instaurino complicanze che possono diventare irreversibili.

Tuttavia, lo spettro clinico delle MICI è estremamente variabile, esprimendosi talora in forme lievi, sfumate e

paucisintomatiche, che nel caso della malattia di Crohn pongono spesso problemi di diagnosi differenziale. Inoltre le MICI sono spesso associate a manifestazioni extraintestinali. I distretti più colpiti sono articolazioni e ossa, cute, occhi.

#### Malattia di Crohn

La mancanza di specificità o "banalità" dei sintomi principali della ma-

lattia di Crohn comporta di solito un ritardo nella diagnosi. Non esistono attualmente marcatori specifici che consentano di identificarla attraverso test di laboratorio: alcuni esami ematochimici possono essere utili per evidenziare stati anomali ed escludere altre patologie (VES e conteggio dei GB), mentre l'esame colturale e parassitologico delle feci è utile per escludere la presenza di una colite infettiva o parassitaria.

Per capire se vi siano lesioni e dove esse siano localizzate si utilizza l'endoscopia con biopsia.

Nei casi in cui non sia possibile accedere direttamente alla zona interessata, si ricorre al clisma dell'intestino tenue, alla TAC e alla risonanza magnetica.

**Manifestazioni extra-intestinali nelle MICI**

The diagram features a central human silhouette with yellow dots indicating affected areas. Arrows point from these dots to text labels and clinical photographs. The labels include: 'Infiammazione oculare 2%-13%' with a photo of an eye labeled 'Episclerite'; 'Ulcere orali 20%-30%' with a photo of a mouth lesion labeled 'Pioderma gangrenoso'; 'Spondilite anchilosante 1%-6%' and 'Artrite periferica 10%-20%' with arrows pointing to the spine and joints; 'Eritema nodoso 6%-15%' and 'Pioderma gangrenoso 0.5%-2%' with arrows pointing to the skin on the back, accompanied by a photo labeled 'Psoriasi'.

Satsangi J et al. *Inflammatory Bowel Diseases*. Churchill Livingstone; 2003: 669-684

## Colite ulcerosa

È innanzitutto necessario escludere patologie che per sintomi e insorgenza possono essere simili (malattie infettive batteriche, virali o fungine, o la stessa malattia di Crohn). Al fine di osservare direttamente la presenza di infiammazioni, sanguinamenti, ulcere, così come gli aspetti della mucosa interessata, il test più accurato è l'esame endoscopico (colonscopia, sigmoidoscopia) con biopsia ed esame istologico, oltre a un'attenta anamnesi e a una disamina accurata dei sintomi. Gli esami radiologici come il clisma opaco possono essere utili, unitamente all'analisi del sangue, per verificare la presenza di un'infiammazione anomala, attraverso l'aumento di VES e leucociti e marker specifici dell'infiammazione come la PCR. Misurando i livelli di ferro e di ferritina, si può individuare un'anemia causata dal sanguinamento intestinale.

## ► Approccio terapeutico

Fino a dieci anni fa le cure per queste malattie invalidanti erano poche e i pazienti erano sottoposti a un trattamento standard, che partiva dai salicilati, fino a passare alla terapia con cortisone o immunosoppressori.

Un nuovo percorso è stato tracciato dalla disponibilità dei farmaci biologici, quali infliximab, che agisce bloccando il TNF, *Tumor Necrosis Factor*, una proteina infiammatoria che viene prodotta da specifici gruppi di cellule durante il decorso delle MICI.

Inoltre, se in passato si seguiva il cosiddetto "approccio a gradini", o *step up*, tuttora utilizzato in alcu-

### Patogenesi delle MICI

La patogenesi delle MICI non è ancora del tutto chiara, ma il denominatore comune è la presenza di un'infiammazione patologica e francamente aberrante a livello intestinale. Sono, per definizione, malattie infiammatorie croniche ad andamento capriccioso: nella loro storia naturale è molto arduo predire la comparsa, le riacutizzazioni, le complicanze e le fasi di quiescenza. In generale, l'infiammazione è una risposta necessaria e fondamentale che si manifesta in seguito a traumi di

qualsiasi origine e permette al sistema immunitario di rispondere e riparare il danno rimuovendo l'insulto infiammatorio. Nelle MICI invece, si crea una risposta infiammatoria francamente eccessiva che non si riesce più a controllare: una reazione certamente patologica che crea più danni che benefici. Non si è ancora in grado di comprendere il *primum movens*, ovvero perché in queste patologie i macrofagi e altre categorie di cellule poco studiate, come le cellule dendritiche, rispondano in modo parossistico.

ni casi - farmaci più leggeri all'inizio e poi, man mano che la malattia diventava più importante, altri farmaci in maniera sequenziale - ora la prospettiva è radicalmente cambiata e si procede attraverso il cosiddetto "step up accelerato": innanzitutto si cerca di fare diagnosi molto precoci e si evita di utilizzare farmaci che non cambiano la storia naturale della malattia. L'immunosoppressore è infatti somministrato subito e, nei casi che lo consentono, infliximab è utilizzato in prima battuta, onde evitare l'insorgenza delle complicanze. Questo farmaco biologico si è dimostrato particolarmente efficace nel trattamento di alcune forme poco responsive alla terapia tradizionale e di forme gravate da complicanze, quali, in particolar modo, la presenza di fistole. Infliximab riesce a bloccare la malattia e stabilizzarla, permettendo non solo di intervenire sui sintomi, ma anche di ottenere la remissione libera da steroi-

di, e la guarigione mucosale. Ciò vuol dire che il farmaco interviene sulla progressione della malattia, con conseguente riduzione di ospedalizzazioni e ricorso alla chirurgia e un impatto positivo sulla qualità di vita dei pazienti. Gli studi confermano che infliximab risulta essere il 30-40% più efficace rispetto agli immunosoppressori. L'efficacia è inoltre potenziata se biologico e immunosoppressore sono utilizzati insieme: il trattamento congiunto rappresenta lo *standard of care*.

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

## ■ NEUROLOGIA

### Progressi terapeutici nella sclerosi multipla

**P**ur non esistendo una cura risolutiva, nella ricerca farmacologica sulla sclerosi multipla sono stati compiuti molti progressi. Alcune di queste terapie sono basate sulla medicina molecolare, ovvero sui meccanismi patogenetici della malattia stessa e sulla possibilità di attaccarli nella sua fase di evoluzione. Una ulteriore innovazione è rappresentata dalla disponibilità anche in Italia di fingolimod, primo trattamento orale capostipite di una nuova classe di farmaci, i modulatori dei recettori della sfingosina 1-fosfato.

#### ► Meccanismo d'azione

Nella sclerosi multipla il sistema immunitario, in particolare i linfociti, danneggia la guaina di mielina che protegge le fibre nervose del sistema nervoso centrale (SNC). Fingolimod ha la capacità di legarsi ai recettori per la sfingosina 1-fosfato espressi su molti tessuti, inclusi i linfociti che, a causa di questo legame, vengono intrappolati nei linfonodi, proprio perché viene meno la funzionalità del recettore che è indispensabile per il ricircolo dei linfociti nel sistema circolatorio. La drastica riduzione dei linfociti circolanti riguarda anche i linfociti che a livello del SNC realizzano l'attacco

contro la mielina e l'assone e che sono coinvolti nell'insorgenza della malattia. I recettori della sfingosina 1-fosfato sono espressi anche sugli astrociti (che costituiscono la struttura di sostegno in cui si incastrano i neuroni), sugli oligodendrociti (che producono la guaina mielinica) e sulla microglia (macrofagi deputati alla sorveglianza immunitaria del tessuto nervoso): l'interazione con i recettori per la sfingosina 1-fosfato espressi da questo tipo di cellule potrebbe comportare una protezione nei confronti dei processi neurodegenerativi, particolarmente importanti nelle fasi medio-avanzate della malattia.

#### ► Studi clinici

L'approvazione di fingolimod è basata su un ampio programma di studi, che hanno dimostrato un'efficacia superiore rispetto alle terapie di prima linea e placebo, riducendo il tasso annualizzato di ricadute, la perdita di volume cerebrale, l'attività infiammatoria di malattia e il rischio di progressione della disabilità. Gli effetti indesiderati più comuni sono stati cefalea, incremento degli enzimi epatici, influenza, diarrea. Altri possibili effetti collaterali comprendono bradicardia transitoria e gene-

ralmente asintomatica e, raramente blocco atrio-ventricolare all'inizio del trattamento, lieve aumento della PA, edema maculare e lieve broncocostrizione. Come misura precauzionale, i pazienti che iniziano il trattamento dovranno rimanere in osservazione per sei ore dopo la prima dose di farmaco; è previsto un ECG continuo, la misurazione della PA e della FC ogni ora, e l'esecuzione di un ECG a 12 derivazioni all'inizio e alla fine.

#### ► Strategia personalizzata

Fingolimod è prescrivibile nella sclerosi multipla recidivante-remittente ad alta attività di malattia nonostante il trattamento con interferone beta, o nella sclerosi multipla recidivante-remittente grave a rapida evoluzione. Per **Giancarlo Comi**, Professore di Neurologia all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, il nuovo obiettivo terapeutico è di individuare un trattamento specifico per ogni singolo paziente, in base alla sua storia clinica in quel determinato momento. La possibilità di una discreta scelta di farmaci con modalità di azione e profili di efficacia e di sicurezza diversi va in questa direzione.

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

## ■ ONCOLOGIA

### Radioterapia oncologica, una strategia multidisciplinare

**N**ell'ultimo decennio la radioterapia oncologica ha conosciuto un progresso straordinario sia per l'innovazione tecnologica sia per quanto riguarda i distretti di applicazione. Oggi in Italia il 50% dei nuovi pazienti oncologici viene sottoposto a radioterapia in associazione ad altre modalità terapeutiche oppure come unico trattamento. Un numero comunque destinato ad aumentare, tanto che in uno studio dell'Università del Texas i dati di previsione evidenziano che entro il 2020 negli Usa che si assisterà a un incremento del 22% delle cure radioterapiche che, in alcuni casi, per esempio nei tumori della prostata, raggiungerà il 35%, oltre a un consolidamento di indicazioni relativamente nuove, quali il tumore del fegato e del pancreas (Smith et al. *J Clin Oncol* 2010; 28: 5160-5).

Importante è dunque poter disporre di centri che la praticino sul territorio a livelli d'eccellenza e con macchinari all'avanguardia. In Italia la situazione raggiunta negli ultimi anni è ottima, con una distribuzione regionale omogenea e con strutture dagli standard qualitativi eccellenti, tanto da divenire punti di riferimento anche per l'Europa e il mondo,

come la Divisione di radioterapia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, diretta dal Prof. **Roberto Orecchia**.

Oltre al continuo e costante perfezionamento tecnologico delle apparecchiature e all'approfondimento biologico, la radioterapia oncologica si inserisce all'interno di strategie multidisciplinari, in un'ottica di trattamenti integrati sempre più personalizzati in base alla neoplasia e al singolo paziente. È forte la sinergia con la chirurgia, dove lo sviluppo della radioterapia intraoperatoria rappresenta un elemento di grande attualità.

Un ambito dove la ricerca ha prodotto risultati notevoli è il tumore della prostata, che sempre più spesso viene individuato in fase precoce, quanto il tumore è di piccole dimensioni. Con la brachiterapia, indicata proprio per i tumori della prostata iniziali intracapsulari e per quelli della cervice uterina, vengono posizionate all'interno dell'organo malato, a contatto o nelle immediate vicinanze del tumore, particelle caricate di radioattività che rilasciano gradualmente nel tempo la loro carica. La tecnica consente quindi di somministrare dosi elevate a un volume circoscrit-

to. I risultati sono sovrapponibili alla chirurgia, con evidenti vantaggi per il paziente, per i trascurabili effetti collaterali.

Ultimamente la radioterapia viene utilizzata anche per alcuni tumori del distretto cervico-cefalico, come la laringe, con l'obiettivo di preservare sia l'organo che la funzione e nei tumori dell'ultimo tratto dell'intestino, il canale anale, in cui è possibile ottenere la guarigione mantenendo lo sfintere funzionante in oltre il 60% dei pazienti.

Anche per applicazioni classiche, quali il tumore della mammella, ci sono novità interessanti, in quanto attraverso protocolli di ipofrazioneamento, viene ridotta la durata dei cicli di chemioterapia.

Per il trattamento conservativo del ca mammario in stadio iniziale la tecnica ELIOT (Electron IntraOperative Therapy), concentra direttamente sul tumore, in un'unica somministrazione e durante l'intervento chirurgico, una dose di radiazioni parzialmente sovrapponibile a quella complessiva somministrata con i cicli di radioterapia esterna, con evidenti miglioramenti in termini di qualità di vita delle pazienti.

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

## ■ PEDIATRIA

### Prevenzione infantile di obesità e trombosi

■ **Angela Walmar**

**B**ambino cicciotello oggi, adulto cardiopatico domani. La preoccupante tendenza che si registra tra i bambini italiani (uno su tre è in soprappeso e uno su dieci è obeso) li porterà quasi certamente a subire malattie cardiovascolari. La prevenzione dell'obesità infantile deve iniziare già nei neonati. È stato, infatti, dimostrato che quasi la metà dei bambini obesi si manterranno tali anche da adulti e che negli adolescenti obesi si osserva una elevata prevalen-



za di sindrome metabolica, strettamente connessa al tipo di alimentazione. Vanno di pari passo anche

obesità e aterosclerosi. Quest'ultima è un processo che inizia nell'infanzia e progredisce con l'età. I primi depositi di grasso intravascolari sono già presenti nei bambini: anche se iniziali, non sono rare le lesioni coronariche repertate nell'infanzia che aumentano in percentuale con il progredire dell'età, fino a diventare vere e proprie placche aterosclerotiche di numero ed entità tale da correlare con il rischio di mortalità per trombosi in età adulta. Secondo gli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, modificando le abitudini sbagliate è possibile incrementare l'aspettativa di vita di circa 5 anni.

Insieme alla prevenzione, è fondamentale anche la capacità di fare diagnosi di malattia da trombosi anche quando questa è meno probabile, come nei bambini e addirittura nei neonati, che spesso presentano fattori ereditari che li predispongono a eventi cardiovascolari anche in età molto precoce, perché il loro sangue tende a coagulare più facilmente. Se il rischio viene riconosciuto per tempo può essere curato con farmaci efficaci e tenuto sotto controllo con uno stile di vita sano che metta al riparo da possibili recidive.

#### R.I.T.I - Registro Italiano Trombosi Infantile

Sentita ormai da anni, la necessità di raccogliere sistematicamente i casi italiani di trombosi infantile trova una risposta nel progetto supportato dall'Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle Malattie Cardiovascolari - onlus (ALT). Si tratta del Registro Italiano Trombosi Infantile (R.I.T.I.), uno strumento prospettico e trasversale tra le diverse professionalità interessate, che ha come obiettivo la raccolta dei casi di trombosi cerebrale e sistemica,



neonatale e pediatrica (0-18 anni), che si presentano in Italia al fine di valutarne la rilevanza clinica, definirne le caratteristiche epidemiologiche della trombosi infantile, promuovere la ricerca, migliorare l'assistenza attraverso lo sviluppo di protocolli diagnostici e terapeutici dedicati e creare un network di medici esperti nell'assistenza a questi pazienti, che possa divenire un punto di riferimento con cui discutere casi complessi.

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

## ■ VACCINAZIONI

### Infezione da HPV e immunizzazione maschile

Quando si iniziò a studiare la prevenzione primaria delle patologie HPV correlate ci si concentrò soprattutto sul tumore della cervice uterina, primo evento per il quale era stata dimostrata una correlazione con l'HPV. Gli studi effettuati per dimostrare l'efficacia dei vaccini ebbero infatti come endpoint l'efficacia nella prevenzione dei tumori della cervice uterina. A distanza di anni è ormai provato che le patologie HPV correlate sono numerose: nella maggior parte dei casi riguardano la sfera genitale (cancro della vagina, della vulva, anale), ma diverse riguardano anche l'orofaringe, secondo le modalità tipiche di trasmissione del virus. L'HPV però non è responsabile solamente di patologie che riguardano la popolazione femminile, è "universale" e colpisce anche gli uomini. I dati raccolti di recente indicano come sia responsabile di neoplasie anche nel maschio, soprattutto per quanto riguarda il cancro anale, del pene e quello orofaringeo. Inoltre, il papilloma è anche responsabile di frequenti lesioni genitali non tumorali (condilomi). È stato inoltre dimostrato che il virus, se presente nel liquido seminale, è in grado di legarsi agli spermatozoi e rimanere

adeso alla loro superficie determinando una significativa riduzione della motilità e rivelandosi così una possibile causa di infertilità. Considerando a livello mondiale la popolazione maschile sessualmente attiva è possibile stimare una prevalenza media >30% di uomini affetti dal virus. Se si considerano i partner di donne infette o trattate per patologie HPV-correlate, la prevalenza arriva al 72%.

#### ► La vaccinazione

Attualmente sono anche disponibili diversi dati sull'efficacia del vaccino quadrivalente (utile verso i tipi di *Papillomavirus* 6, 11, 16 e 18) nella popolazione maschile, nella prevenzione di lesioni genitali esterne ed anali. Uno studio condotto su uomini di età compresa tra 16-26 anni, ha dimostrato un'efficacia nei confronti delle lesioni genitali esterne (condilomi genitali, neoplasie intraepiteliali e cancro perianale, perineale e del pene) del 90.4% dei casi correlati con i tipi virali contenuti nel vaccino. Inoltre, l'efficacia nei confronti delle infezioni persistenti è stata pari al 47.8% (*N Engl J Med* 2011; 364: 401-11). È stata anche valutata l'efficacia del vaccino contro il tumore anale e le

neoplasie intraepiteliali anali (AIN gradi 1/2/3), in un sottogruppo di 598 maschi che hanno dichiarato di avere rapporti omosessuali. Alla fine dell'analisi si è riscontrata un'efficacia nei confronti delle lesioni anali intraepiteliali del 74.9%.

Questi studi sono alla base della recente estensione delle indicazioni USA del vaccino quadrivalente, unico indicato anche per il maschio tra 16 e 26 anni di età. In Europa, l'EMA ha dato parere positivo all'estensione delle indicazioni del quadrivalente nei maschi fino a 26 anni. Modelli matematici mostrano che il beneficio di una campagna di immunizzazione negli uomini si rifletterebbe positivamente anche sulla riduzione del bacino totale di infetti e sulla conseguente riduzione del numero potenziale di contatti a rischio. Il valore della vaccinazione sarebbe ancora più elevato se si considerasse anche la riduzione attesa del rischio del cancro anale HPV-associato nelle popolazioni a più elevato rischio. Alla base di questi risultati, dalla fine del 2011 alcuni Paesi come gli USA, il Canada e l'Australia hanno optato per l'immunizzazione di entrambi i sessi nella coorte dei dodicenni.

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

# La settimana di un medico di famiglia

*Giuseppe Maso*

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

## Lunedì

Un paio di settimane fa ho asportato un nevo cutaneo al fianco di un mio paziente. Banalissimo intervento, un'incisione di un centimetro e due punti di sutura.

Dopo sette giorni il paziente mi chiede di asportargli i punti perché deve partire per un'altra città e non saprebbe a chi rivolgersi per rimuovere la sutura. Gli dico che è presto e che la ferita potrebbe riaprirsi, insiste e insiste ancora, rimuovo i punti e applico dei cerottini adesivi sperando che tengano.

Oggi è ritornato in ambulatorio, stanotte la piccola ferita si è aperta ed è dovuto andare al Pronto soccorso dove l'hanno risuturata. Ha cominciato con il dirmi che era colpa mia, che non dovevo asportare i punti, che avevo sbagliato il tipo di sutura, che avevo usato un filo che non si usa più, che avrebbe potuto avere una setticemia e che residuerà una orribile cicatrice. In realtà presenta una corretta sottile cicatrice cutanea di un centimetro che fra un po' sarà difficile vedere.

Traspare chiaramente che il paziente sta cercando una scusa per ottenere un qualche risarcimento. Non si rendono conto del danno che stanno facendo a una professione e quanto profondamente incidono nell'animo di un medico che lavora da una vita solo per fare del bene alla gente.

La falsità, la calunnia e il disprezzo per questa professione è palpabile in un'ampia fascia dei nostri pazienti, è alimentata dall'ignoranza, talvolta dall'invidia sociale, spesso dalle agenzie infortunistiche e qualche volta dai "tribunali" del malato.

Il danno alla professione purtroppo si è già trasformato in un danno per i pazienti stessi che si trovano "vittime" di un eccesso di accertamenti, esami e procedure frutto di una medicina difensiva, che sempre più spesso non risolve loro i problemi.

## Martedì

I drammi che avvengono all'interno delle mura domestiche costituiscono un universo sconosciuto. Violenze, abusi, maltrattamenti e limiti alla libertà e alla dignità sono all'ordine del giorno.

Un medico di famiglia ha accesso ad una parte di questo mondo e se vuole a più di una parte, basta che chieda, che ascolti, che sappia interpretare i messaggi e le richieste di aiuto.

Tutto questo avviene per ignoranza, dipendenze, abbandono, povertà e miseria spirituale. Negli ultimi anni, sempre più frequentemente, abusi, violenze, limitazioni della libertà e della dignità umana si hanno nei confronti di vecchi.

Vecchi che vivono soli, coppie con deficit cognitivo o demenza franca. Vecchi che sono vittime dei parenti o che subiscono gli effetti della demenza di altri vecchi.

Oggi una mia anziana paziente mi ha descritto piangendo l'inferno che sta vivendo. Ha il marito demente con delirio di gelosia, viene insultata in continuazione, svegliata tutte le notti, viene picchiata e per non essere picchiata ulteriormente deve anche soddisfare tutti i più perversi desideri sessuali del coniuge fuori di senno.

**Mercoledì**

Marco non si sentiva bene, era stanco, privo di forze e mi diceva di essere dimagrito senza motivo. Soltanto un lieve movimento delle transaminasi agli esami ematochimici. Appena ho appoggiato la sonda dell'ecografo in ipocondrio destro è comparsa una massa che aveva le caratteristiche di una neoplasia. Il quadro è stato confermato da una TAC eseguita due giorni dopo. Ho inviato il paziente per un ricovero presso il centro di riferimento regionale. Visto al Pronto soccorso è stato rinvio all'ospedale "di competenza"; mi sono permesso di inviare il paziente fuori Asl.

Oggi ho visto il fratello con la lettera di dimissione dal reparto di medicina del locale ospedale, hanno posto diagnosi di adenocarcinoma del fegato dopo due settimane di degenza e hanno consigliato il ricovero in clinica universitaria.

Ho rifatto la richiesta di ricovero che avevo fatto venti giorni fa.

**Giovedì**

Ieri l'ambulatorio era affollato, tra gli altri pazienti c'era anche Antonio, cinquantacinque anni ben portati, grosso fumatore da sempre, schivo e introverso. Nonostante sia un mio assistito da molti anni, solo da poco sono riuscito ad instaurare un certo rapporto di confidenza; amiamo tutti e due i libri e questo è stato il chivistello che mi ha permesso di entrare "appena appena" nel suo privato. Da un po' di tempo vede le urine scure, forse da un mese, non ha sintomi e per questo è venuto solo ieri. Oggi è tornato con la vescica piena per eseguire un'ecografia. C'è una neoformazione vescicale.

Inizia un percorso che so sarà doloroso per Antonio; ha sempre cercato di evitarmi come questo fosse il miglior modo per evitare le malattie e nonostante i nostri incontri siano stati veramente rari sono stati sufficienti per rovinargli l'esistenza. Oggi gli ho spiegato cosa è una cistoscopia, dove andarla a fare, cosa succederà in seguito. Non ha mai parlato, ha fatto poche domande, ma so che gli è caduto il mondo addosso.

**Venerdì**

Ho ricoverato un mio paziente che non vedevo da molto tempo, era dimagrito e defedato; l'aspetto non consentiva dubbi in fatto di diagnosi. È ancora ricoverato.

Moglie e figlio sono venuti da me oggi per chiedermi un certificato richiesto loro dal distretto sanitario. Non ho capito di che tipo di certificato si trattasse, ho chiesto loro di tornare al distretto per farsi dare la documentazione che loro riferivano di avere lasciato là. Sono tornati con un numero di esenzione ticket per patologia e con un certificato di diagnosi di neoplasia della laringe.

Dopo diverse domande sono riuscito a intuire che probabilmente i colleghi ospedalieri si sono attivati prima della dimissione perché il distretto potesse procurare un aspiratore. Sono anche riuscito ad intuire che probabilmente per la richiesta di questo apparecchio bisogna aver già inoltrata la domanda di invalidità.

Dovrò quindi preparare e inviare il certificato all'INPS per via telematica, consegnarlo ai familiari che si dovranno recare ad un CAF per fare a loro volta la domanda di invalidità per via telematica. Con questa domanda dovranno recarsi di nuovo al distretto che attiverà la procedura per ottenere un aspiratore. I costi diretti e indiretti di questa operazione superano sicuramente il costo di un aspiratore, ma l'apparato burocratico ne trae di certo linfa.

**Sabato**

Ho ricevuto una lettera inviata dal responsabile di una locale farmacia. "Siamo lieti di comunicarvi che la nostra farmacia si rinnova ed è disponibile per i seguenti servizi: esami ematochimici (seguiva l'elenco), test per le allergie alimentari, esame delle intolleranze alimentari, ricerca *Helicobacter pylori*, esame del PSA, eccetera".

Ho pensato a quante opportunità sono state perse dalla medicina di famiglia italiana, ipernormata, priva di concorrenza e di stimoli. Funzioni, compiti e abilità di questa disciplina sono quotidianamente espropriati mentre noi medici riempiamo carte e facciamo, per la maggior parte rassegnati, i segretari degli specialisti.

# Prevenzione del piede diabetico

*Il “Progetto screening del piede diabetico”, condotto nel distretto sanitario della Valtiberina, ha avuto l’obiettivo di valutare pazienti a rischio di ulcerazione o amputazione in una popolazione diabetica non selezionata, oltre a effettuare una valutazione dietetica per individuare lo stato di nutrizione. Il sistema di diagnosi oggetto della ricerca permette di evitare lo sviluppo di lesioni al piede in oltre la metà dei pazienti. Un metodo multidisciplinare che quindi consente di migliorare la vita del paziente oltre a generare un ingente risparmio per il servizio sanitario*

**Rosella Guadagni**  
Medico di medicina generale  
**Monica Piccini**  
Podologo  
**Roberta Mazzoni**  
Dietista  
**Laura Detti**  
Infermiera

*Distretto socio-sanitario Asl 8 Arezzo*

L’innalzamento dell’età media, l’obesità, la vita sedentaria e il cambiamento delle abitudini alimentari stanno portando anno dopo anno a un aumento di incidenza del diabete mellito a livello mondiale. Secondo l’Oms, sono circa 346 milioni le persone affette da diabete in tutto il mondo e si stima che i decessi per diabete sono destinati a raddoppiare tra il 2005 e il 2030. All’interno della Regione europea 52 milioni di persone vivono con il diabete. La prevalenza di questa malattia è in crescita in tutta la Regione arrivando, in alcuni Stati, a tassi del 10-14% della popolazione. Sebbene svariate complicanze quali cardiopatia, insufficienza renale, cecità, colpiscono seriamente anche dal punto di vista economico, negli individui affetti da diabete le complicanze che interessano il piede fanno pagare il tributo maggiore: il 40-70% di tutte le amputazioni delle estremità inferiori è correlata al diabete mellito. Tenuto presente che il 15% dei pazienti diabetici andrà incontro a ulcerazione e il 20% dei pazienti ulcerati si cronicizza ed evolve verso l’amputazione, nasce l’esigenza di mettere in atto misure preventive al fine di prevenire o ritardare lo sviluppo di lesioni e amputazioni in tali pazienti. Il piede diabetico per definizione è un piede con alterazioni anatomico-funzionali determinate dall’arteriopatia occlusiva periferica e dalla neuropatia diabetica. Se la neuropatia periferica rappresenta il principale fattore di rischio di ulcerazione al piede nel paziente diabetico, la vasculopatia costituisce il fattore più importante nel determi-

ne l’esito e quindi il rischio amputativo. Con un attento esame clinico affiancato da esami strumentali è possibile valutare il rischio neuropatia e vasculopatia.

Su tali basi abbiamo progettato questa ricerca. Oltre allo screening podologico è stata effettuata anche una valutazione dietetica dei pazienti.

## Screening podologico

### ► Materiali e metodi

È stato preso in esame un campione non selezionato di 131 pazienti (83 maschi e 48 femmine) di età media di  $69.45 \pm 13.28$ , di cui 9 soggetti affetti da diabete di tipo 1 e 122 da diabete di tipo 2. Le valutazioni sono state eseguite da giugno 2010 a dicembre 2010 presso il Distretto socio-sanitario Asl 8 Arezzo.

### ► Esame clinico ispettivo locale

L’esame clinico individua la presenza di deformità del piede. Tale deformità, sia preesistente sia secondaria alla neuropatia motoria, può condizionare un aumento del carico plantare, *primum movens* per l’ulcerazione.

L’esame obiettivo del piede tiene in considerazione anche la presenza di dermopatie, complicanza degli annessi cutanei (onicomicosi, onicocriptosi, ecc), lesioni ischemiche, macerazione interdigitale (*figura 1*). All’esame ispettivo deve seguire l’esecuzione di test per individuare la presenza di neuropatia e vasculopatia.

Figura 1

**Importanza dell'esame ispettivo locale**



Macerazione interdigitale



Ipercheratosi



Taglio delle unghie improprio



Deformità

► **Test per la neuropatia**

- Esecuzione dei riflessi achillei.
- Valutazione della soglia di sensibilità vibratoria con biotesiometro: al paziente supino viene applicato uno strumento alla base dell'alluce aumentando gradualmente il livello dell'intensità vibratoria che viene misurata in volt. Un valore superiore a 25 volt è indicativo di deficit di sensibilità vibratoria.
- Valutazione della sensibilità alla pressione con monofilamento di Semmes-Weinstein di 10 grammi: il monofilamento viene applicato

Tabella 1

**Definizioni dei gruppi di rischio**

	Grado di rischio	Caratteristiche cliniche	Periodicità controlli
<b>Classe 0</b>	Assente	Neuropatia o arteriopatia o deformità	Annuale
<b>Classe 1a</b>	Medio	Neuropatia	Semestrale
<b>Classe 1b</b>	Medio	Polsi ridotti e/o ABI <0.9	Semestrale
<b>Classe 2a</b>	Elevato	Neuropatia in presenza di elevati carichi plantari	Trimestrale
<b>Classe 2b</b>	Elevato	Polsi assenti e/o ABI <0.5	Trimestrale
<b>Classe 3</b>	Altissimo	Pregressa ulcera e/o amputazione	Mensile

perpendicolarmente alla superficie cutanea. Se non viene avvertito per 5 volte su 10 è indice di patologia.

■ Diapason per la valutazione qualitativa della sensibilità vibratoria: il diapason va applicato in una zona ossea nella parte dorsale della falange distale dell'alluce, il test è positivo se il paziente risponde correttamente ad almeno 2 applicazioni su 3.

► **Test per la vasculopatia**

- Palpazione dei polsi (assenza in individui sani del polso pedidio nell'8.1% dei casi e del tibiale posteriore nel 2% dei casi).
- La misurazione dell'indice caviglia-braccio (ankle-brachial index [ABI], rappresenta un metodo semplice e sensibile per individuare la presenza di un'arteriopatia ostruttiva periferica. È il rapporto tra pressione sistolica alla caviglia e pressione sistolica omolaterale al braccio entrambe misurate in decubito supino mediante Doppler a onda continua:
  - ▶ ABI <0.5 = arteriopatia certa
  - ▶ 0.5 <ABI <0.9 = arteriopatia probabile

- ▶ ABI >0.9 = arteriopatia assente
- ▶ ABI > 1.3 non attendibile.

Questa batteria di test, ripetibile, semplice, ad alta sensibilità, di facile esecuzione e di costo contenuto permette di individuare i pazienti neuropatici e vasculopatici a rischio, assegnandoli alla giusta classe di rischio per il follow-up più adeguato (tabella 1).

Lo screening consente di:

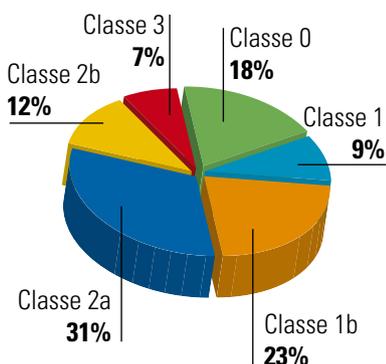
- determinare la frequenza individuale necessaria per le successive valutazioni del piede in base all'entità di rischio riscontrato;
- sensibilizzare il paziente al problema ed educarlo all'automonitoraggio e cura del piede in modo corretto;
- mettere immediatamente in atto le necessarie misure preventive e/o curative e se indicato porre i piedi in sicurezza (ortesi, scarpe, trattamenti adeguati), soprattutto quando si richiede al paziente di seguire un programma di attività fisica.

► **Risultati**

Come riportato nella figura 2, su 131 pazienti esaminati solo il 18% è a rischio 0, mentre il 54% rap-

Figura 2

**Grado di rischio dei pazienti esaminati**



presenta la condizione più preoccupante, diabetici a rischio medio-elevato di sviluppare una lesione ulcerativa, presentando complicanze già di tipo neuropatiche e vasculopatico. Il 7% già presentava lesioni all'avampiede e/o pregressa amputazione. Due soggetti si sono presentati all'osservazione con importante ulcera neuropatica infetta sottometatarsale (figura 3). Inconsapevoli della problematica sono stati inviati al centro di riferimento per iniziare la terapia antibiotica e l'utilizzo di un tutore di scarico. Il dato è aggravato dalla non consapevolezza della problematica "pie-de" come complicanza di malattia.

### Screening nutrizionale

#### ► Materiali e metodi

L'obiettivo dello screening nutrizionale è stato quello di:

- valutare lo stato nutrizionale;
- rilevare le abitudini e i consumi alimentari, mediante l'utilizzo di un questionario di frequenza;
- sensibilizzare ed educare il pa-

Figura 3

**Piede diabetico: ulcerazioni sottometatarsali**



Lesione apparentemente superficiale

Lesione già profonda

ziente a uno stile di vita salutare, con la promozione di una corretta alimentazione e di una attività fisica regolare come strategie di prevenzione.

Il campione esaminato è costituito da 118 pazienti (74 maschi e 44 femmine) con età media di  $67.43 \pm 11.20$ , di cui 111 affetti da diabete di tipo 2 e 7 da diabete di tipo 1.

Dopo la rilevazione dei principali dati antropometrici (peso, altezza, BMI e circonferenza vita), a ciascun paziente è stato chiesto di compilare un questionario che consente di valutare la qualità degli alimenti e la loro abituale frequenza di consumo, senza ottenere quantità precise. Il questionario è composto da due parti:

1. una lista di alimenti scelti in base all'obiettivo della ricerca, escludendo gli alimenti di basso consumo al fine di rendere l'indagine più gestibile e precisa;
2. una sezione con le risposte relative alle frequenze di consumo, nelle quali i soggetti hanno indicato quanto spesso consumano un alimento.

#### ► Risultati

Dalla valutazione dello stato nutrizionale è emerso che dei 118 pazienti esaminati l'86% risulta essere in sovrappeso, l'8% obeso e il 6% normopeso. Il peso medio è risultato di  $80.22 \pm 17.26$  kg, l'altezza  $165.03 \pm 9.63$  cm, il BMI  $29.18 \pm 4.23$  kg/m<sup>2</sup> e i valori medi di circonferenza vita  $106.75 \pm 12.43$  cm.

### Discussione

I pazienti sono risultati in forte sovrappeso (BMI  $29.19$  kg/m<sup>2</sup>) secondario a un aumento di tessuto adiposo viscerale come dimostrano i valori medi della circonferenza vita. Altrettanto rilevanti sono i dati ricavati dal questionario di frequenza degli alimenti che hanno evidenziato un errato stile alimentare, caratterizzato da un consumo eccessivo di grassi saturi e colesterolo (formaggi, salumi, uova), povero di fibra alimentare (legumi, frutta e verdura) e da un consumo di zuccheri semplici (dolci e bevande zuccherate) eccessivo rispetto alla quota raccoman-

data (<10% delle calorie totali).

Solo il 26% dei pazienti pratica un'attività fisica strutturata (cammina 3 volte la settimana per almeno 30-40 minuti), il 18% di loro la pratica saltuariamente, mentre il restante 74% riferisce di non praticare alcun sport, giustificato da molti pazienti perché impossibilitati al movimento.

Al termine di ciascuna valutazione sono state rilasciate delle indicazioni dietetico-nutrizionali specifiche per la malattia diabetica.

I risultati emersi dallo screening rendono pertanto indispensabile l'attuazione di un percorso nutrizionale ed educativo/comportamentale, volto non soltanto al cambiamento dello stile di vita, ma al miglioramento della qualità di vita nel suo complesso.

## Conclusioni

Programmi globali sulla cura del piede che comprendono l'educazione, regolari ispezioni del piede e categorizzazione del rischio, possono ridurre l'insorgere della lesione del piede del 50%.

I capisaldi della prevenzione sono:

1. screening e individuazione dei pazienti a rischio;
2. interventi educativi strutturati al paziente, alla famiglia e al personale sanitario;
3. costituzione di un team multidisciplinare;
4. interventi clinici finalizzati;
5. trattamento della patologia non ulcerativa.

Essendo il piede diabetico una com-

plicanza ad eziologia multifattoriale tra le più gravi e costose in termini economici, si rende indispensabile un approccio multidisciplinare con la costituzione di un'équipe terapeutica costituita da: diabetologo, podologo, medico di medicina generale, dietista, chirurgo vascolare, ortopedico, infermiere specializzato. Tutte le figure professionali collaboreranno al fine di attuare un piano terapeutico di pari dignità sotto il coordinamento del diabetologo che conserva la responsabilità della gestione dei casi. Dato l'elevato costo complessivo delle amputazioni e il relativo risparmio associato alla cura conservativa del piede quest'ultima sarà la scelta migliore anche nei termini di economia sanitaria.

# Da una eruzione cutanea alla diagnosi di malattia di Still

**Antonio Granci**

*Medico di medicina generale, Città di Castello (PG)*

Maria giunge alla mia osservazione lamentando la presenza di un'eruzione cutanea di tipo orticarioide, diffusa al tronco e agli arti comparsa da circa 24 ore. Non è frequente vederla in ambulatorio. È una donna di 46 anni, dal carattere sobrio e una vita dedicata al marito e al figlio ancora piccolo. Se viene da me il suo disagio deve essere sicuramente importante.

**D**opo avere visitato la paziente, prescrivo un antistaminico per os raccomandandole di ricontattarmi se i sintomi non dovessero regredire.

Torna dopo due giorni, con la stessa eruzione cutanea ancora in corso.

È preoccupata, e inoltre denuncia un fugace episodio febbrile durante la notte precedente, accompagnato da brivido. Forse troppo per una semplice orticaria.

Le prescrivo degli esami ematici e le fisso un appuntamento a distanza di due giorni.

## ▶ Indagini diagnostiche

A distanza di 48 ore l'eruzione cutanea appare immutata, anche se la paziente riferisce che sembra attenuarsi durante le prime ore del mattino per poi riacutizzarsi di sera, in associazione a prurito intenso.

■ **Esami ematochimici:** mostrano solamente una VES di 67 e una PCR di 7, nella norma le prove di funzionalità epatica e renale, l'emocromo e gli indici metabolici.

Aggiungo alla terapia 12.5 mg di prednisone e congedo la paziente con l'indicazione di ricontattarci a breve distanza.

Rivedo Maria dopo quattro giorni, angosciata dall'insorgenza, la sera precedente, di un'improv-

visa tumefazione con dolore al ginocchio destro, che è riuscita a fare regredire dopo l'autosomministrazione di 100 mg di diclofenac per os. L'orticaria è sempre presente.

Decido a questo punto di eseguire altri esami, orientati anche verso la ricerca di eventuali foci infettivi.

■ **Ecografia addominale:** negativa per segni patologici a carico degli organi interni e delle stazioni linfonodali.

■ **Radiografia del torace:** nulla da segnalare.

■ **Ortopantomografia:** assenza di reperti patologici.

■ **Urinocoltura:** negativa.

■ **Tampone faringeo:** negativo.

■ **Esami ematochimici:** evidenza di iniziale leucocitosi neutrofila con ulteriore incremento di VES e PCR rispetto alla determinazione iniziale.

Una visita dermatologica conferma la diagnosi di orticaria e consiglia il raddoppio del dosaggio di antistaminico, mantenendo la bassa dose di steroide da me prescritta.

## ▶ Decorso clinico

Al termine degli esami Maria torna per riferire da almeno 48 ore la presenza di febbre serale intorno ai 38°, faringodinia intensa e,

soprattutto, l'insorgenza di nuovi dolori e tumefazioni articolari polidistrettuali, specie ai polsi e alle ginocchia.

■ **Esame obiettivo:** le tumefazioni appaiono come vere e proprie manifestazioni artriche marcatamente invalidanti dal punto di vista funzionale.

Decido a questo punto di prescrivere anche un antibiotico (nel dubbio di artrite parainfettiva) e di contattare il centro di riferimento reumatologico. Riesco a fare valutare la paziente nelle successive 48 ore. Il reumatologo, nel sospetto di un'artrite reattiva, propone uno svezzamento dal prednisone per poi eseguire mirati controlli ematici, cercando di tenere sotto controllo la sintomatologia dolorosa con paracetamolo fino a un grammo ogni otto ore. Nell'arco di una settimana otteniamo l'eliminazione dello steroide, mentre la paziente riesce a tenere a bada il dolore con il paracetamolo.

L'eruzione cutanea è presente solo la sera, quando si riacutizzano anche i dolori articolari e la febbre. La faringodinia persiste, nonostante l'antibiotico e malgrado un tampone faringeo nuovamente negativo.

I controlli reumatologici evidenziano elevati valori di VES e PCR, leucocitosi neutrofila, incremento della ferritina fino a tre volte la norma, lieve proteinuria, assenza del fattore reumatoide e negatività degli anticorpi antinucleo.

Il reumatologo fa eseguire anche un'emocultura che risulta negativa.

## ► Diagnosi e terapia

A questo punto viene posta la diagnosi di malattia di Still dell'adulto e viene instaurata terapia con

prednisone 1 mg/kg di peso corporeo.

I sintomi regrediscono gradualmente fino alla loro scomparsa. L'eruzione cutanea recede per ultima dopo una settimana di trattamento.

Ad un mese dall'inizio della terapia, gli esami confermano la remissione di VES e PCR, la scomparsa della leucocitosi neutrofila e il rientro nel range della ferritina. Solo allora il reumatologo propone lo svezzamento graduale dello steroide.

## Approfondimento

La malattia di Still (AOSD - Adult onset Still's Disease) dell'adulto, è una rara malattia infiammatoria sistemica, così chiamata dal pediatra Gorge Still che la individuò in alcuni bambini verso la fine del

1800. In seguito fu il medico Eric Bywaters che identificò la forma adulta della malattia.

La diagnosi è clinica e di esclusione e nei casi più gravi può portare al coinvolgimento dell'apparato cardiovascolare (miocardite acuta, pericardite, ecc), polmonare, gastroenterico (per esempio epatomegalia) ed ematopietico.

Può presentarsi anche con linfadenomegalia e splenomegalia (assenti nel caso descritto) e faringodinia asettica.

I criteri di Yagamuchi (*J Rheumatol* 1992; 19: 424-30) sono un supporto per la diagnosi.

L'evoluzione della malattia di Still può assumere un decorso monociclico o autolimitantesi (un unico episodio che si risolve dopo opportuno trattamento dopo circa un anno dal suo esordio) oppure policiclico sistemico o intermittente, con lo sviluppo di recidive associate a danno articolare, o cronico, con un impegno articolare e/o sistemico persistente.

La terapia si avvale di corticosteroidi, immunosoppressori e, recentemente, di farmaci biologici.

## ► Commento

Dunque la malattia di Still è una malattia rara, ma rara non significa inesistente.

Lo studio e l'osservazione, unite all'applicazione e al ragionamento, devono aiutarci a capire anche quello che non ci è usuale e che non abbiamo mai incontrato in precedenza.

In una parola, dobbiamo riappropriarci del nostro ruolo di medici di famiglia, a dispetto di una routine e della imperante burocrazia che ci trasformano ogni giorno di più in anonimi impiegati.

### Criteri classificativi di Yagamuchi

#### Criteri maggiori

- Febbre >39° C a carattere intermittente per più di una settimana
- Artralgie per più di 2 settimane
- Eritema cutaneo
- Leucocitosi con conta di globuli bianchi >10.000/mmc (>80% neutrofili)

#### Criteri minori

- Faringodinia
- Splenomegalia e/o linfadenomegalie
- Aumento delle transaminasi
- Negatività per ANA e per fattore reumatoide

La diagnosi di AOSD viene posta quando siano soddisfatti 5 criteri, di cui almeno 3 maggiori.

*J Rheumatol* 1992; 19: 424-30

# Efficacia clinica dell'agopuntura

*Negli ultimi decenni l'agopuntura è stata oggetto di numerosi studi clinici controllati. Sulla base delle evidenze disponibili, questa disciplina è indicata per alcuni disturbi, per altri si attendono risultati più univoci e per altri ancora viene presa in considerazione in assenza di alternative valide*

**Emilio Minelli**

Vicedirettore Centro Collaborante OMS per la Medicina Tradizionale Università degli Studi di Milano

La medicina tradizionale cinese (MTC) presenta un proprio statuto epistemologico, che si basa essenzialmente su una visione olistica dell'uomo, visto come composto da una unità mente/corpo, strettamente correlata all'ambiente sociale, culturale e naturale in cui è inserito. Alla base della MTC vi è una millenaria stratificazione di conoscenze su base empirica, ma anche una sofisticata struttura teorica. Entrambe sono state sottoposte, nel tempo, a numerose sperimentazioni e a tentativi di spiegazioni attraverso la traduzione dell'antico linguaggio pre-scientifico in modelli neurofisiologici, neurobiochimici, endocrinologici e immunologici.

La medicina tradizionale cinese com-

prende numerose metodiche terapeutiche tra cui le più note e diffuse sono riportate in *tabella 1*.

**Tabella 1**

## Principali metodiche terapeutiche della MTC

- > Agopuntura
- > Moxibustione
- > Farmacologia tradizionale cinese
- > Dietetica tradizionale cinese
- > Ginnastiche mediche (*qigong e taiqijuan*)
- > Massaggio

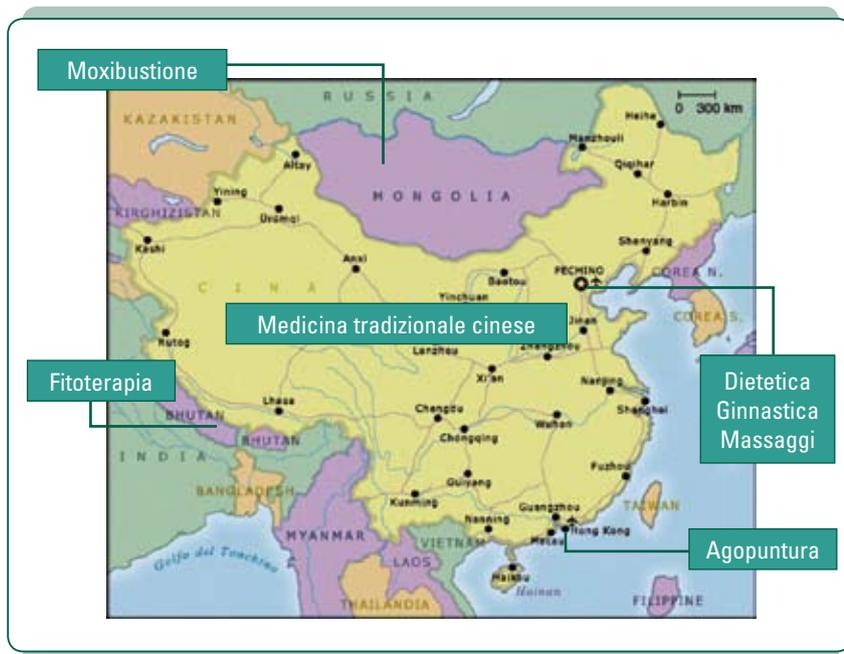
## Ricerca scientifica

L'agopuntura consiste nell'applicazione e nella stimolazione di aghi, realizzati con specifica manifattura, su particolari zone della pelle, chiamati agopunti, che sono distribuiti su tutta la superficie corporea e tutto il corpo può dunque essere sede di agopuntura.

La metodica comprende altresì l'uso dell'agopuntura in particolari regioni per scopi sintomatici o terapeutici, che racchiudono rappresentazioni del corpo umano nella sua totalità. Realizzata in queste particolari zone, definite microsistemi, l'agopuntura comprende:

- auricoloterapia
- craniopuntura
- mano/podopuntura
- irinofacciopuntura
- addominopuntura

La ricerca scientifica sull'azione



dell'agopuntura ha conosciuto un notevole sviluppo negli ultimi tre decenni. Questo è avvenuto nel momento in cui la ripresa dei rapporti tra Cina e Occidente ha stimolato una diffusione della metodica e una collaborazione per valutare le possibili potenzialità cliniche. Da allora le ricerche e gli studi pubblicati in letteratura sono stati numerosi.

Nel 2003 l'OMS ha pubblicato una revisione sistematica degli studi pubblicati negli ultimi decenni (*Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials, WHO Genevre, 2003*), dividendoli in due gruppi:

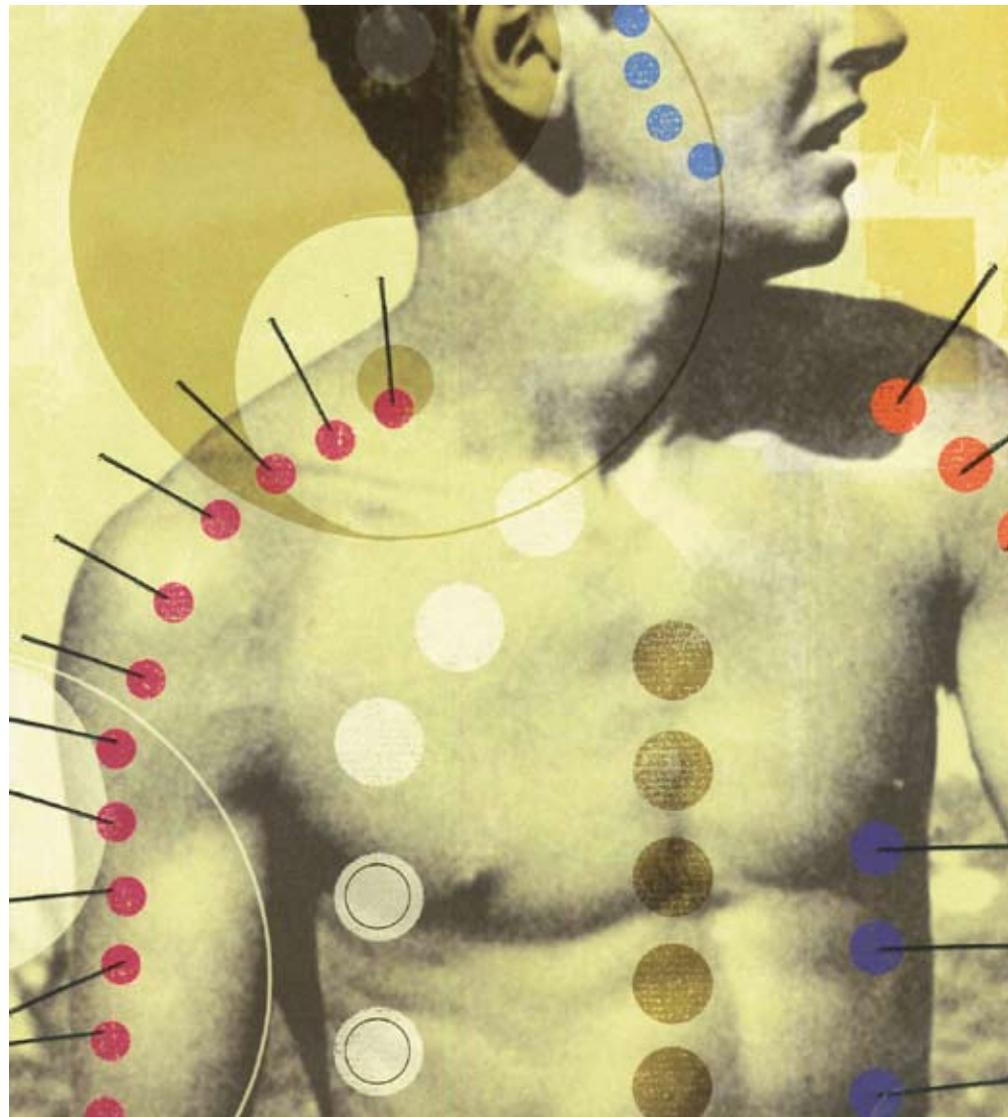
■ **studi randomizzati controllati**, per lo più confrontati con "falsa" agopuntura o terapia convenzionale, con un adeguato numero di pazienti valutati;

■ **studi clinici non randomizzati**, con gruppi di confronto con un numero adeguato di pazienti osservati e un'adeguata descrizione delle condizioni precedenti il trattamento nei vari gruppi.

In molti studi clinici controllati verso placebo, la "falsa" agopuntura è stata fatta pungendo punti sbagliati o teoricamente irrilevanti. Bisogna tenere conto che questo tipo di disegno sperimentale, offre informazioni sui punti più efficaci di agopuntura e non sui specifici effetti dell'agopuntura.

I risultati positivi di questi studi hanno rilevato che la "vera" agopuntura è superiore alla "falsa" con significatività statistica, e sono alla base dell'evidenza di efficacia della metodica.

I risultati negativi di tali studi non hanno invece dimostrato che l'agopuntura è inefficace, ma che non vi è differenza tra "vera e falsa" agopuntura. Gli autori degli stu-



di, condotti in modo particolare nell'ambito della terapia del dolore, sono tutti arrivati alla conclusione che semplicemente era necessario produrre studi più approfonditi. Questi studi non sono riportati nella revisione dell'OMS.

#### ► **Indicazioni**

Nel lavoro citato gli studi clinici sono divisi in quattro sezioni:

**1.** malattie, sintomi o condizioni

per cui l'agopuntura si è rilevata efficace attraverso studi clinici controllati;

**2.** malattie, sintomi o condizioni per cui si è dimostrata l'efficacia dell'agopuntura, ma per cui servono ulteriori studi di conferma;

**3.** malattie, sintomi o condizioni per cui esistono solo pochi studi clinici controllati, che riportano un'efficacia terapeutica, ma per cui può valere la pena da parte dell'operatore, di prendere in considerazione

un trattamento in agopuntura, poiché la terapia convenzionale o altri tipi di terapie sono inefficaci, difficili o gravate da importanti effetti collaterali;

4. malattie, sintomi o condizioni per cui l'agopuntura potrebbe essere utilizzata soltanto da specialisti, con un'adeguata attrezzatura di monitoraggio delle condizioni del paziente.

Limitandosi agli studi e alle evidenze fornite dalle prime due sezioni, le patologie per cui esiste l'indicazione a un trattamento integrato di agopuntura sono numerose e sono illustrate in *tabella 2*.

### ► Meccanismi d'azione

Le ricerche sulle spiegazioni dei meccanismi di azione dell'agopuntura sono molto numerose.

A tutt'oggi non si possono definire concluse sebbene in alcuni campi, per esempio la terapia del dolore, si possa sostenere che siamo in possesso di spiegazioni degli effetti clinici ampiamente soddisfacenti.

Da un punto di vista più generale si può sostenere che l'agopuntura esercita un'azione di regolazione su diversi sistemi. Per questo, può essere considerata utile in numerosi disturbi funzionali. Va aggiun-

to il fatto che sebbene siano state dimostrate azioni specifiche di alcuni punti e di alcune modalità di manipolazione degli aghi, vi sono studi che dimostrano come l'effetto dell'agopuntura sia profondamente correlato alla condizione del paziente. Così, per esempio, per questa azione di regolazione, l'agopuntura può aumentare la pressione nei soggetti ipotesi e abbassarla negli ipertesi e, allo stesso modo, può aumentare la secrezione acida in pazienti con ipoacidità gastrica, mentre può diminuirla in pazienti con iperacidità.

### ► Effetti peculiari

Dal punto di vista più specifico, numerosi studi indicano alcuni effetti peculiari dell'agopuntura.

■ **Effetto antalgico e analgesico:** l'azione dell'agopuntura sul dolore si basa su una serie di meccanismi complessi, che sommariamente possono essere divisi in due parti:

- regolazione del comportamento recettoriale a livello neurologico, alla cui base è la famosa teoria del "gate control";
- regolazione di numerosi neuro-mediatori coinvolti nella produzione del fenomeno dolore.

■ **Effetto immuno-modulatore:** questo effetto è stato dimostrato con una serie di esperimenti, che hanno dimostrato l'azione dell'agopuntura sui linfociti, granulociti, fagociti, sistema NK e su alcune parti dell'immunità umorale.

■ **Effetto di regolazione neuro-umorale:** a partire dai primi studi, che hanno mostrato la capacità dell'agopuntura di interagire con le strutture neuroendocrine coinvolte con la sindrome da stress, numerosi altri studi hanno dimostrato la sua azione regolatrice sulla secre-

Tabella 2

#### Patologie per cui esiste indicazione a un trattamento integrato di agopuntura

<b>Patologie del sistema immune</b>	Allergie, immuno-depressione da radio/chemioterapia
<b>Patologie psichiatriche</b>	Ansia, depressione, insonnia, sindromi da dipendenza, stress
<b>Patologie gastroenteriche</b>	Coliche addominali e biliari, dissenteria, gastriti, nausea, vomito, colite ulcerosa
<b>Patologie urologiche</b>	Colica renale, prostatismo, disfunzioni erettili, infezioni ricorrenti delle basse vie urinarie, ritenzione urinaria
<b>Patologie ginecologiche</b>	Dismenorrea, sindrome pre-mestruale, vomito gravidico, malposizione fetale, induzione del parto, infertilità femminile, ipogalattia, ovaio policistico
<b>Patologie neurologiche</b>	Nevralgie facciali, neuropatie, cefalee, stroke, paralisi del facciale, sindrome di Ménière, demenza
<b>Patologie artro-reumatiche</b>	Dolore muscolo-scheletrico a varia localizzazione, artrite reumatoide, sciatica, contusioni, fibromialgia, gotta
<b>Patologie cardiovascolari</b>	Iperensione arteriosa, ipotensione, sindrome di Raynaud
<b>Patologie dermatologiche</b>	Acne, prurito, eczema
<b>Terapia del dolore</b>	Dolore odontoiatrico, post-operatorio, tumorale, dolori in corso di travaglio e in corso di procedure diagnostiche invasive

zione di numerosi ormoni centrali e periferici.

■ **Effetto trofico e vasomodulatore:** numerosi studi hanno dimostrato la capacità dell'agopuntura di regolare il comportamento del microcircolo a livello locale e generale, determinando fenomeni di redistribuzione del sangue e della linfa.

■ **Effetto decontratturante e anti-spastico:** questa azione che conosce una causa riflessa e una neuromediata è alla base dell'azione di rilassamento dell'agopuntura tanto sulla muscolatura scheletrica che su quella viscerale.

■ **Effetto ansiolitico-antidepressivo:** l'azione sui principali neurotrasmettitori coinvolti nel fenomeno dell'ansia e della depressione è alla base delle numerose applicazioni in campo psichiatrico.

■ **Effetto di regolazione della matrice:** parallelamente allo sviluppo della nozione di matrice e alla conoscenza delle numerose implicazioni fisiopatologiche derivanti da questa componente fondamentale dell'organismo, si sono sviluppate linee di ricerca volta a studiare l'azione di regolazione dell'agopuntura sulla matrice stessa. In questo settore non esistono ancora studi conclusivi, ma le ricerche attualmente in corso sono estremamente promettenti.

### ► **Necessità di ulteriore ricerca**

Lo stato attuale del problema dell'evidenza scientifica sulle medicine complementari conduce a concludere che è comunque necessario incrementare e incentivare l'attività di ricerca, di base, clinica e sui servizi sanitari.

Gli investimenti delle aziende nella ricerca sulla sicurezza e l'efficacia



dei prodotti non convenzionali dovrebbero aumentare. Ma in questa fase è essenziale anche il contributo dei finanziamenti pubblici su progetti qualificati e centri di ricerca, soprattutto per quelle terapie e quei prodotti che non hanno un immediato ritorno economico o che non sono brevettabili, quei settori quindi dove le aziende non hanno interesse a investire. Negli USA, i finanziamenti governativi per la ricerca in questo settore sono cresciuti enormemente dai primi anni '90 e oggi assommano a centinaia di milioni di dollari annui.

Un punto che giustifica maggiori sforzi per la ricerca è la necessità di garantire l'uso appropriato e la sicurezza dei trattamenti non convenzionali per una maggior tutela dei cittadini. Inoltre, appaiono particolarmente significative ricerche in cui si valuti proprio la possibilità di trattamenti combinati, l'individuazione dei trattamenti e i costi. Tale questione deve quindi essere affrontata con ampiezza di vedute, che va ben oltre al semplice aspetto dell'efficacia nel curare un determinato sintomo, con prospettive di

più lungo periodo, che includano gli esiti degli interventi nel migliorare lo stato di salute generale, nell'incidere sugli stili di vita, nella riduzione del ricorso ad altre pratiche (inclusi i ricoveri in ospedale), nella perdita di giornate lavorative, fino al limite nel migliorare la qualità della vita in pazienti con malattie croniche quali diabete, cardiopatie, cancro.

### Punti chiave

- L'agopuntura costituisce una metodica, in mani esperte, con uno scarso numero di effetti collaterali la cui evidenza di efficacia, per un numero crescente di patologie, è in fase di rapida espansione. Il fenomeno è di portata talmente ampia che persino l'OMS ha ritenuto di doverla monitorare.
- In un contesto di carenza legislativa, è cruciale il problema della formazione e della informazione per evitare un uso inappropriato ed episodi di malpratica.
- È necessario implementare e approfondire la ricerca e approfondire nuovi metodi di studio, al di là degli studi clinici randomizzati, per superare il problema costituito dalla difficoltà, condivisa con altre metodiche manuali e chirurgiche, di condurre studi in doppio cieco.

[www.qr-link.it/video/0212](http://www.qr-link.it/video/0212)



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

# Effetti dell'attività fisica sulla salute

*Nell'ambito del Sistema nazionale per le linee guida è stato realizzato il documento "Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica: linee guida di prevenzione". Vi si trovano le più aggiornate e puntuali evidenze scientifiche sia sull'associazione tra attività fisica e benefici per la salute sia sui danni provocati dalla sedentarietà*

La maggior parte delle malattie croniche sono da ricondurre a fattori di rischio comuni e modificabili: inattività fisica, consumo di tabacco, alimentazione scorretta, abuso di alcol. In particolare l'attività fisica insufficiente, che è divenuta una caratteristica dominante dello stile di vita dei Paesi ricchi, ma ormai anche dei Paesi in via di sviluppo, è un fattore di rischio indipendente. Secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) è il quarto fattore di rischio di mortalità. Ogni anno sono attribuibili alla scarsa attività fisica oltre 3 milioni di decessi a livello globale e 32.1 milioni di *disability-adjusted life year* (DALY), che rappresentano il 2.1% dei DALY totali.

Incrementare il livello di attività fisica è dunque un problema sociale: richiede approcci multidisciplinari, multisettoriali, *population based* e culturalmente importanti. Interventi questi che sarebbero significativi anche per la prevenzione e la terapia del sovrappeso e dell'obesità.

In questo contesto, nell'ambito del Sistema nazionale per le linee guida è stato realizzato il documento "Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica: linee guida di prevenzione", prodotto all'interno del progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute.

Il poderoso lavoro degli autori è iniziato cercando le prove disponibili da un lato sull'associazione tra l'attività fisica e le conseguenze per la salute, dall'altro sull'associa-

zione tra sedentarietà e danni per la salute, consapevoli però, che attività fisica e sedentarietà non sono esattamente l'uno il complemento dell'altro.

Di seguito proponiamo un sintesi di questo argomento trattato nel documento, che è possibile consultare integralmente su [www.snlg-iss.it](http://www.snlg-iss.it).

## ► Benefici dell'attività fisica

Forti evidenze sull'associazione fra attività fisica e benefici si hanno per la mortalità da tutte le cause; i dati mostrano in maniera consistente una relazione inversa con una riduzione di circa il 30% nella mortalità per tutte le cause negli individui attivi, sia uomini sia donne, rispetto agli individui meno attivi. Tale relazione si mantiene anche nei soggetti che hanno un'età maggiore ai 65 anni ed è simile per le diverse etnie.

Per la salute cardiovascolare ci sono evidenze della riduzione di morbilità e mortalità da danno coronarico, stroke, ipertensione arteriosa e dislipidemia in coloro che svolgono attività fisica; tale riduzione sembra aumentare all'aumentare della quantità di esercizio fisico svolto.

Per quanto riguarda le patologie metaboliche, forti evidenze dimostrano un'associazione fra attività fisica e protezione dal diabete tipo 2, mentre il ruolo protettivo dell'attività fisica sul diabete di tipo 1 deve ancora essere confermato.

L'attività fisica favorisce inoltre la riduzione delle fratture dell'anca e della colonna vertebrale e riduce di circa il 30% il rischio di sviluppare



limitazioni funzionali severe o moderate negli anziani, sia uomini sia donne. Negli anziani che hanno già limitazioni, l'attività fisica ha effetti positivi sulle abilità funzionali, mentre in quelli a rischio di caduta un'attività fisica regolare ne riduce il rischio.

Nelle patologie tumorali si hanno forti evidenze di un'associazione positiva per il tumore della mammella e del colon ed evidenze crescenti mostrano come si abbia un'associazione protettiva anche per il tumore di polmone e dell'endometrio.

Nel documento viene preso in considerazione l'approfondito lavoro svolto dal World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research sulle patologie tumorali, che valuta la possibile associazione fra alcuni stili di vita, quali per esempio l'alimentazione e l'attività fisica, e i diversi tipi di patologia tumorale. Anche in questo contesto viene confermata l'associazione protettiva fra attività fisica e cancro del colon e della mammella, anche se per il primo le evidenze sono più consistenti.

Forti evidenze mostrano come l'attività fisica sia protettiva sulla salute mentale, in particolare verso sintomi depressivi e declino cognitivo asso-

ciati all'età, inclusa la comparsa di demenza, mentre evidenze meno robuste mostrano la riduzione di sintomi ansiosi o disturbi del sonno o la sensazione di stress o fatica.

### ► Danni della sedentarietà

Anche per questo capitolo gli autori delle linee guida hanno preso in considerazione la letteratura e gli studi più aggiornati e puntuali. La migliore e più aggiornata sintesi sui danni alla salute della sedentarietà si trova nell'articolo di Tremblay e coll (*Appl Physiol Nutr Metab* 2010; 35: 725-40). Partendo da considerazioni relative alla cosiddetta *sedentary physiology*, Tremblay e colleghi delineano ciò che è noto circa le alterazioni che un comportamento sedentario può provocare su alcuni parametri fisiologici.

In particolare, sono stati condotti esaurienti studi su indicatori di tipo cardiometabolico, che indicano in maniera certa come la sedentarietà provochi l'incremento di trigliceridi nel plasma, il decremento del colesterolo HDL e la diminuzione della sensibilità all'insulina.

L'effetto deleterio del comportamento sedentario sulla salute metabolica appare mediato, almeno in parte, da modifiche nell'attività dell'enzima lipoproteinelipasi (LPL), che facilita l'assunzione di acidi grassi liberi nei muscoli e nel tessuto adiposo.

Bassi livelli di LPL sono associati con l'incremento dei trigliceridi circolanti, il decremento del colesterolo HDL e l'incremento del rischio di malattie cardiovascolari. In particolare, i risultati della ricerca biomolecolare supportano fortemente l'ipotesi che i meccanismi che collegano l'attività della LPL con il comportamento sedentario siano distinti da quelli

che mettono in relazione l'attività fisica con LPL, rappresentando pertanto una base convincente per distinguere i due fenomeni.

Oltre all'azione su LPL, diversi studi suggeriscono che il comportamento sedentario influenzi il metabolismo dei carboidrati attraverso il contenuto della proteina trasportatore di glucosio (GLUT) che veicola i carboidrati nel tessuto muscolare. Nell'insieme gli studi sull'influenza del comportamento sedentario sul metabolismo glucidico indicano che anche minimi incrementi nell'attività contrattile muscolare possono incrementare sostanzialmente il contenuto di GLUT del muscolo, in particolare la forma GLUT-4, e quindi la tolleranza agli zuccheri dei soggetti sedentari.

Un altro ben documentato effetto della sedentarietà riguarda la diminuzione della densità minerale ossea. Nell'insieme, gli studi indicano che il comportamento sedentario porta a un rapido incremento del riassorbimento osseo, senza un concomitante incremento nella formazione del tessuto osseo, conducendo infine a una demineralizzazione con aumentato rischio di osteoporosi. Inoltre, sembra che l'attività fisica vigorosa da sola non sia sufficiente a prevenire queste modifiche del metabolismo osseo; è probabile che sia necessario anche diminuire la quantità di tempo speso in sedentarietà.

Esistono anche segnalazioni, sia pur meno documentate, di effetti negativi sulla salute vascolare.

Per quanto riguarda il legame tra sedentarietà e vere e proprie malattie i risultati sono tuttora incerti e non conclusivi. Più evidenti sono i legami fra sedentarietà e disturbi psicologici e di adattamento sociale, sia nei bambini sia negli adulti.

# La forza della relazione medico-paziente

*La storia è quella di una studentessa di medicina alle prime esperienze con il dolore, la sfida intellettuale, i successi e i fallimenti dell'arte medica. Ma all'orizzonte vi è una nuova figura di medico che deve riappropriarsi di quella sfera umanistica che oggi la crescente fiducia nella onnipotenza della tecnica sta offuscato. Le aspettative sono quelle di voler edificare il nuovo paradigma della professione non solo sull'aspetto clinico ma, anche su quello psico-sociale*

**Dafne Pisani**

Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Il racconto che mi accingo ad esporre ha luogo in un noto Policlinico Universitario di una grande città italiana, frequentato da tanti pazienti, oltre che da studenti di medicina che vi giungono da ogni parte d'Europa.

In un freddo giorno di ottobre, quando le foglie ingialliscono sui rami e i rumori del traffico cittadino oltraggiano la purezza e la policromia del paesaggio autunnale, nel famoso nosocomio, un nugolo di camici bianchi è riunito in una stanza di un reparto: sono studenti del quarto anno che frequentano il corso da appena una settimana, hanno il compito di misurare la pressione a tutti i pazienti.

Con loro un dottore, un *luminare*, punto di riferimento per molti discenti.

Trovarsi davanti al letto di un malato per uno studente di medicina al quarto anno deve essere una sen-

sazione particolare: gioia e timore, opposti sentimenti che concorrono a rendere il momento adrenalinico, è il raggiungimento di una meta ambita e agognata per tanti seguaci di Esculapio.

## ► La signora Maria

La signora Maria B, un'anziana donna dall'aspetto rinsecchito, tipico di chi convive con la dialisi da tanti anni, nel suo letto numero 2 sta aspettando per sottoporsi al consueto esame di routine. La vecchia signora non sorride, la sua pessima reputazione è già nota dopo le dichiarazioni del dottore agli infermieri che la definiscono ormai una gran rompiscatole.

Arriva il turno di Carla, una di quegli studenti che devono misurare la pressione ai pazienti.

La signora Maria con lei non è né gentile né burbera, la sua unica preoccupazione è di non riuscire a dormire e ripete ansante di continuare a vedere una macchia davanti agli occhi sempre più grande.

La studentessa tenta di rassicurarla, stringendosi nel camice di due taglie più grandi della sua, la conforta: sarebbe stata presto sottoposta alle cure.

Il dottore si avvicina alla signora rivolgendole a stento la parola.

La paziente chiede aiuto per i suoi occhi compromessi dal diabete e il medico le sta di fronte, compila la cartella clinica con il capo chino, sta-



tico come un telamone che regge l'architrave di un vecchio palazzo. Abbozza qualche freddo commento e, con un'espressione annoiata, scambia occhiate di complicità con i suoi studenti.

Quando il dottore, ignorando deliberatamente quello che la signora sta dicendo, chiede alla studentessa i valori della pressione, Carla si sente un verme: è lì pietrificata come una statua di sale, come chi ha appena subito uno shock.

Escono tutti dalla stanza, solo Carla resta ai bordi del letto della signora Maria B.

La paziente ha le lacrime agli occhi, si lamenta della scortesia degli infermieri e aggiunge che lei è così malvista perché è l'unica malata che rivendica il diritto di essere informata sulle sue condizioni fisiche.

La lucidità e la fermezza della signora colpiscono la studentessa: è una donna ancora così vitale!

Carla è a disagio perché sa di non potersi trattenere e le promette che tornerà a trovarla.

Qualche giorno dopo la studentessa decide di andare a farle visita, ma nella stanza dell'ospedale il letto è vuoto e, sorpresa, si rivolge alla ragazza che assiste la paziente del letto affianco per chiederle notizie.

La ragazza ero io, assistevo mia nonna in ospedale, le dissi che la signora era stata portata via: era morta la sera precedente.

Non potrò mai dimenticare quel volto che all'improvviso diventò pallido ed esangue.

Mi avvicinai per darle un po' d'acqua e lei quasi cadde in deliquio sul materasso ormai vuoto della signora Maria B.

Il suo sguardo si cristallizzava, voleva trattenere la sua emozione, ma non ci riuscì.



### ► La pietas di fronte alla sofferenza

Le chiesi chi fosse e lei mi raccontò la storia di una studentessa di medicina alle prime esperienze con il dolore, le emozioni, la sfida intellettuale, i successi e i fallimenti dell'arte medica ed ora anche con la morte.

Ho visto in quella studentessa del quarto anno di medicina la proiezione di una nuova figura di medico che stravolgeva i miei pregiudizi e le mie congetture sulla classe medica, sedimentate da una lunga esposizione a denunce e reprimende pubbliche contro dottori che campeggiano sulle pagine dei giornali sempre più spesso come satrapi cinici e spietati.

All'ombra di figure mediche stigmatizzate, *ex vulgi opinione*, come megaliti granitici e resilienti, vengo abbacinata dalle lacrime trattenute dignitosamente dalla giovane studentessa che mi fanno decampare dalle mie considerazioni sulla categoria dei medici.

Lo squallido lettino con la vernice corrosa dal dolore umano di chi lo aveva appena abbandonato e quel-

la studentessa, Carla, seduta ai suoi bordi, richiamavano alla mente figure monumentali dei quadri rinascimentali del Mantegna come il *Cristo morto*.

Quell'immagine resta per me l'esemplare della *pietas* dell'uomo di fronte alla sofferenza.

È, dunque, una dote irrinunciabile per il Medico il recupero della sua *humanitas*.

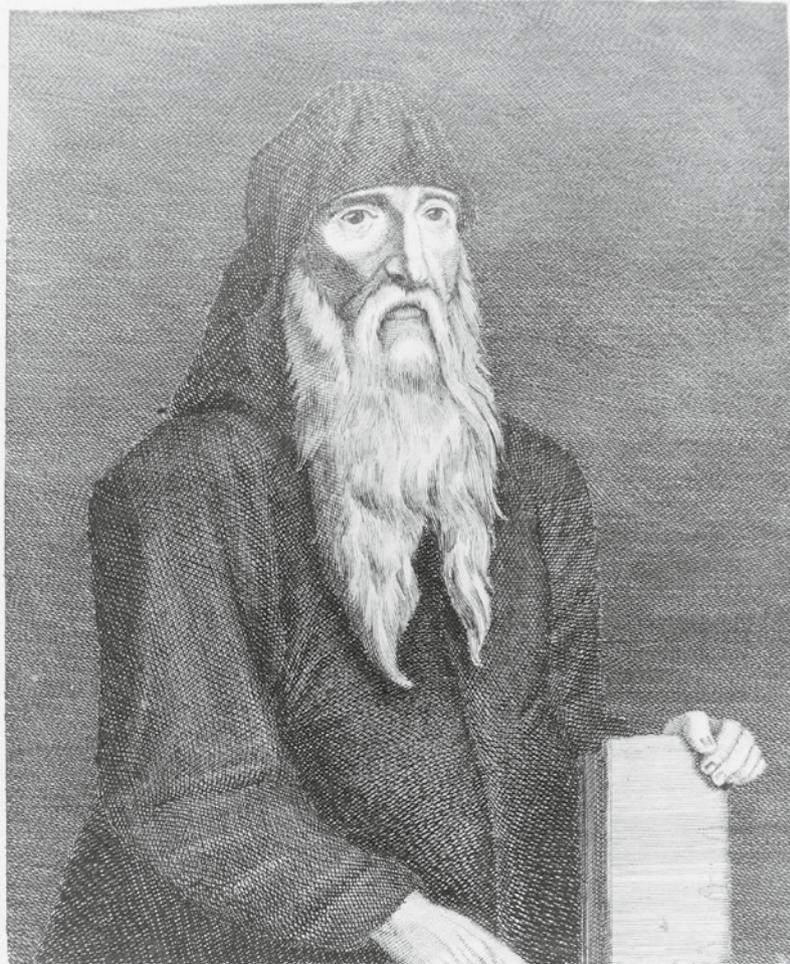
La commozione sincera della studentessa alla notizia della morte della signora Maria B. e la sua sensibilità ne fanno l'ideale dell'*animus* del medico e la degna erede della cultura medica ippocratica.

Ebbi la sensazione di assistere, in quella circostanza, al cospetto di Igea e Panacea, alla iniziazione del sacerdozio medico.

Sono grata alla studentessa seguace degli insegnamenti della scuola coana, per avermi dato l'opportunità di essere stata testimone di tutto ciò.

### ► La medicina ippocratica

Il medico deve concentrare la sua terapia non solo sulla diagnosi, ma sul paziente, riconoscendogli la sua



HIPPOCRATES COUS  
MEDICORUM PRINCEPS

soggettività: il malato è un individuo che ha la libertà di decidere della sua salute e nessuno può arrogarsi questo diritto, neanche il medico e, tanto meno, lo Stato.

L'uomo-malato credo non debba più essere oggetto *passivo*, ma diventare soggetto *attivo* nel processo decisionale e nel processo di guarigione dalla malattia.

Non a caso il clinico, dal greco *kliné* (letto), in riferimento alla posizione distesa del malato, è chi ha a che fare con il paziente e con le sue malattie. In altre parole è la medicina che si svolge al capezzale del malato.

Il letto è proprio il simbolo per antonomasia della medicina ippocratica ed è il *Corpus hippocraticum* che

sancisce la nascita della medicina moderna, la redime dalla teurgia e dalla stregoneria. È importante che medico e paziente stabiliscano una salda alleanza basata sulla reciproca fiducia, concetto ben espresso negli *Aforismi* di Ippocrate, di cui sono famose alcune dichiarazioni lapidarie, una sorta di amuleti filosofici in cui venivano espressi concetti terapeutici come questo:

*"Alcuni pazienti, pur consapevoli della gravità delle loro condizioni, guariscono grazie alla fiducia che nutrono nella bontà del loro medico"*.

La validità di questo scritto ippocratico trova riscontro nel caso, descritto dal professor Sherwin B. Nuland nel suo *Storia della medicina*, del prete affetto da una grave forma di polmonite che gli comprometteva la salute in modo quasi irreversibile e che poi, invece, grazie alle cure e alla dedizione del suo medico, un giovane specializzando di grande abnegazione e talento, estremamente partecipe, riuscì ad uscire dalla valle delle ombre, dichiarando:

*"l'ho fatto (riferendosi alla sua guarigione) per Adams (il medico), non potevo deluderlo!"*.

È necessario che il medico faccia percepire al suo paziente che è vicino a lui per accettare insieme la sfida contro la malattia. Il medico scenderà nell'agone per combattere e restituire la salute a un essere umano che ripone nelle capacità del suo dottore, del suo mentore, la speranza e la volontà di guarire.

#### ► La freddezza imperturbabile della tecnica

Al contrario la vicenda della signora Maria B, nella sua drammaticità, mette in luce una serie di elemen-

Chirone



ti, quali la compassione negata, l'atteggiamento di superiorità, il disagio e il senso di inadeguatezza che suscita il dolore altrui e la freddezza imperturbabile della scienza, con cui, ancora oggi, taluni medici affrontano la malattia prescindendo dal suo soggetto, il malato.

La società odierna trova non poche difficoltà nel rapportarsi e gestire le varie implicazioni che il mal-essere dell'uomo comporta, come dimostra il caso della signora, in cui si evidenzia l'alto grado di incomunicabilità che persiste tra il soggetto della malattia, Maria B., e il medico, il dottore del policlinico, trincerato quest'ultimo nel suo ruolo assolutistico e paternalistico che lascia il malato in balia di dolore e di incomprensione.

La paziente non è stata curata non solo perché, drammaticamente, la medicina non ha potuto salvarle la vita, ma perché è stata abbandonata e privata del conforto che le era dovuto.

La medicina deve ritrovare le radici antropologiche nella solidarietà e nell'empatia, così la qualità dell'uo-

mo-medico dipenderà dalla propria impalcatura spirituale, dal suo senso della vita, dall'esperienza di dolore e di separazione

Il medico, per me, iscritta alla facoltà di medicina, deve riappropriarsi di quella sfera umanistica che oggi la crescente fiducia nella onnipotenza della tecnica ha offuscato.

Le mie aspettative sono quelle di voler edificare il nuovo paradigma della professione medica non solo sull'aspetto clinico ma, soprattutto, su quello psico-sociale.

Non riconosco l'idea del medico imperturbabile e freddo ricercatore e nemmeno mi attraggono gli entusiasmi e l'autorevolezza del luminaire sitibondo, mi basta ispirarmi ad una figura professionale di medico capace, sensibile e comprensivo.

Il medico posso identificarlo in un *guaritore ferito*, riferendomi al mito classico del centauro Chirone.

La leggenda vuole che Chirone, immortale, fosse ferito a un ginocchio da una freccia intinta nel sangue di serpente (Idra di Lerna) e che, a seguito dell'incidente, fosse condannato all'inguaribilità, pur restando immortale.

Chirone era un terapeuta, un medico, e fu proprio lui ad insegnare ad Asclepio la chirurgia.

Chirone è vulnerabile, conosce le ferite anche per averle sperimentate sulla sua pelle ed è inguaribile, sa che comunque non da ogni male si può guarire e che, anzi, la condizione propria dell'aver un corpo sta nell'inguaribilità, poiché, anche se il corpo riuscisse a guarire da tutti i mali, dal male in sé, quello della corporeità, fonte di corruzione e di malattie, non potrebbe guarire mai.

Chi voglia esercitare l'arte della guarigione deve riconoscere la sofferenza come un comune umano

denominatore e deve trovare nel mito di Chirone un preciso e rigoroso imperativo:

*Ricordati, nell'esercizio della tua arte, che sei vulnerabile come l'individuo cui presti le tue cure!*

Ricordati, in altre parole, che il malato e il ferito con cui entri in contatto condivide la tua medesima condizione! Sii dunque con lui solidale e altruista.

### ► Il paziente al centro della relazione terapeutica

Attualmente il dibattito pubblico e giuridico sul ruolo della medicina nella società e sul concetto di salute deve riportare il paziente al centro della relazione terapeutica.

Asclepio



Il soggetto che può dare un senso all'atto medico è il malato: non vi è scopo della medicina che non crolli miseramente di fronte all'ultimo dei pazienti che nella sua dimensione individuale non lo riconosca come tale.

Il paziente rivendica la sua autonomia decisionale nel processo terapeutico e, negli ultimi anni, non è solo un'epidermica sensazione, ma un dato di fatto: il malato non vuole più essere un oggetto passivo e credo che tutto ciò sia stato indotto anche da una crescita sociale favorita dalla divulgazione medico-scientifica.

L'informazione sulle varie malattie, promossa attraverso i mass media, ha aiutato la gente a non riconoscere la patologia come qualcosa da temere, ma piuttosto ad accettarla come una realtà da affrontare, partendo dal presupposto che più se n'è potuto parlare e farne oggetto di discussione tra le persone e nell'ambito familiare, meno la malattia e le sue implicazioni sono sconosciute e quindi fanno paura. Il medico credo debba prendere

atto di questa evoluzione, nella società moderna, della coscienza dell'uomo-malato che rivendica la sua posizione centrale, si realizza in tal senso una umanizzazione dei servizi sanitari.

Il paziente parte dalla malattia per farne un momento di crescita personale, dal momento della diagnosi alla partecipazione a tutto il percorso terapeutico per arrivare in senso più ampio a fare un bilancio della propria vita, rivedendone la scala dei valori ed i progetti.

La malattia può diventare occasione di crescita ed il medico assumere anche una responsabilità pedagogica, oltre che curante, nell'accezione più ampia di *colui che si prende cura*.

Il rapporto medico-malato non deve perdere quella caratteristica fondamentale e irrinunciabile di essere un patto tra persone che concorrono, ognuno col suo ruolo, a raggiungere il fine e ristabilire un equilibrio: la salute.

La società, il medico e coloro che stanno vicino al malato devono contribuire, attraverso un'operazio-

ne maieutica, a portare fuori risorse umane che ognuno ha dentro di sé, grazie alle quali egli potrà raggiungere e ristabilire il suo benessere fisico, la sua salute.

Il diritto alla salute o meglio, alla tutela della salute è stato asserito con la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* e, negli ultimi tre secoli di storia, è stato richiamato nelle carte costituzionali di molti Paesi a regime democratico.

## ► Superare il concetto di salute come merce

Oggi la salute è diventata una merce da acquistare e da vendere, perché l'economia svolge un ruolo determinante nel contesto sociale e chiede sempre più pressantemente di entrare nel processo sanitario, stravolgendo tutto l'ordine delle cose.

Le Aziende Sanitarie Locali, sono, infatti, Aziende pubbliche: complessi di beni (persone, mezzi, attività) organizzati dallo Stato (il terzo pagante) e gestiti da quadri dirigenziali attraverso i quali si svolge un'attività economica con autonomia imprenditoriale, il cui scopo è quello di garantire, a condizioni vantaggiose, prestazioni sanitarie alla collettività per la tutela della salute.

L'Azienda sanitaria, essendo per definizione un'impresa, deve rispondere alle esigenze di bilancio che mirano a ricavare, dall'attività svolta, quanto occorre per coprire i costi di gestione con i ricavi.

Il processo decisionale del medico (chi *decide* le prestazioni sanitarie) e del paziente (chi *fruisce* delle prestazioni sanitarie), nel contesto aziendale, rischia di essere ingesato e compromesso dalle interferenze e dalle decisioni dei manager dell'Azienda sanitaria.





In questo ambito il medico assume competenze che esulano dal suo ruolo professionale e si trasforma in ragioniere, tecnico o segretario che compila atti formali da *terzi* codificati.

Il medico è costretto ad ammannire servizi i cui criteri di validità sono sottoposti esclusivamente alla logica professionale dedita alla tutela del *budget* previsto dal bilancio dell'azienda sanitaria.

In questo modo si assiste al decadimento delle radici etiche della professione medica ed è facile capire la reazione da parte dei professionisti che più spesso attuano una medicina difensiva, aumentando il numero di esami diagnostici per non incorrere nell'accusa di diagnosi sbagliate. I professori vengono sostituiti dai direttori generali, la mediocrità è divenuta il criterio di gestione del servizio sanitario: sono cambiate le priorità.

La qualità ha ceduto il passo alla quantità, l'efficacia, dal punto di vista economico, ha preso il posto dell'efficienza e i concetti di professionalità sono stati inglobati nei mandati aziendali.

L'etica è caduta, il cinismo è diventato la norma, ma la medicina è governata dai principi dell'*éthos* non dai bilanci aziendali e i medici, oggi, devono fortemente riaffermare quei valori che politici, manager, contabili e avvocati hanno affossato o manipolato secondo i loro interessi di parte.

Gli scopi della medicina non devono

essere perseguiti solo se *economicamente* compatibili con le risorse finanziarie del servizio sanitario.

Il medico, nella fattispecie, deve mettere al centro del proprio agire la complessità dell'individuo malato e resta a lui, dunque, la responsabilità di tutelare l'autonomia e l'interesse del paziente nella sua condizione di massima debolezza. Le scelte politiche ed economiche non devono trasformare la professione del medico in un mestiere e così inaridire lo spazio fertile della medicina in una serra, ma raggiungere i loro obiettivi nell'accogliere e rispettare le finalità predisposte dalla volontà del medico e del malato. Non ci si può fermare al mero scopo della *logica della compensazione*, secondo cui occorre tutelare la salute affinché tutti stiano meglio e possano continuare a pagare le tasse!

Occorre riportare in auge, nei protocolli terapeutici previsti nelle istituzioni sanitarie, un precetto di medicina *olistica*, sostenuto anche da Ippocrate, che non entra in contraddizione con la medicina scientifica, secondo cui l'interesse non deve cadere sulla malattia e focalizzarsi, quindi, sul particolare per classificare il processo patologico, ma sul paziente e sul suo ambiente.

Se è indubbio che il miglioramento dello stato di salute della popolazione sia dovuto ai successi della medicina e della politica sociale, c'è da constatare che, paradossalmente, *la gente sta meglio, ma si sente peggio*.

Più si diffonde il benessere e la cultura del benessere, più aumenta la percezione del bisogno di salute e la richiesta di interventi per la prevenzione delle malattie.

Per vivere bene, oggi, bisogna *sentirsi in forma* a qualsiasi età e la

medicina è sempre più sollecitata da gente che chiede di migliorare il proprio aspetto fisico per sicurezza personale e per necessità professionali.

Non vi è dubbio che la società moderna, basata sulla competitività, dia un notevole valore al mantenimento dell'integrità fisica e mentale.

L'obiettivo longevità è stato avvicinato con ottimi risultati, ma accanto al *quanto* è importante non dimenticare *come* si vive; un adagio di Shakespeare recitava: "[...] è più importante aggiungere vita agli anni che anni alla vita".

Queste istanze salutistiche hanno prodotto un allargamento della domanda di servizi sanitari che riguardano l'immagine e l'aspetto del corpo, trasformando così radicalmente il ruolo della medicina che viene spinta a ridefinire ed ampliare la nozione ed il concetto di malattia.

Secondo una prospettiva *individuale* la malattia è tutto ciò che minaccia, nel corpo o nella mente, di compromettere la qualità della vita di ogni singola persona.

Secondo una prospettiva *sociale*, invece, è considerato essere malattia ciò che le disponibilità finanziarie ed economiche del servizio sanitario possono sostenere e ciò non collima con il dettato della Costituzione che recita nell'art. 32:

*"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti [...] La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*.

La natura originaria della medicina, la sua integrità, sta nella sacralità del malato:

*"in quante case entrerò, andrò per aiutare i malati"*

dice il giuramento di Ippocrate.

Ai tempi di Ippocrate ciò poteva significare cose diverse da oggi, ma l'intenzione era la stessa: una decisione clinica deve rispettare l'autonomia del paziente.

L'uomo-malato si è emancipato da vecchie culture etiche, da vecchie soggezioni sociali.

Il malato è un soggetto consapevole dei propri diritti e ha delle opinioni e come tutti coloro che hanno delle

opinioni desidera confrontarsi, esprimersi, se possibile ricercare accordi per consensualità e per coinvolgimento, come è stato sancito dal *Codice di Deontologia Medica*, stabilendo con l'articolo 33:

"Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non esse-

re informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata."

Il medico deve agire secondo *scienza e coscienza* e non può negare le cure ai suoi pazienti solo per motivi di ordine economicistico.

L'economia è una disciplina scientifica molto rispettabile, l'economicismo è un'ideologia che non antepone niente al limite economico,

neanche i diritti dell'uomo: un'ideologia pericolosa.

La medicina non deve essere vittima dell'economicismo o dei problemi finanziari della sanità, ma deve riconoscere al medico la titolarità della valutazione sulla necessità clinica.

Come disse il dottor **Francis Weld Pea-**

**body**, parlando agli studenti della facoltà di medicina di Harvard nel 1927:

*"Un buon medico [...] deve conoscere i suoi pazienti dalla testa ai piedi, e questa conoscenza è acquisita a caro prezzo. Tempo, comprensione e solidarietà devono es-*



*Francis Weld Peabody*

*sere elargiti con generosità, ma la vera ricompensa consisterà in quel legame personale che rappresenta la più grossa soddisfazione della professione medica.*

*Una delle qualità precipue del clinico deve essere l'interesse per l'umanità, perché il segreto per curare sta nell'aver a cuore il paziente."*

Chi dovrà decidere che cosa è necessario sono i soggetti clinici: il medico ed il suo paziente, non quelli amministrativi.

La scelta clinica è soggettiva: i malati sono tutti diversi non tutti uguali. Due malati della stessa malattia sono due malati diversi.

*"[...] La malattia è nella società moderna" ritiene il professor Mirko Grmek " [...] un concetto antropologico, direi anche antropocentrico, [...] qualcosa di positivo da intendersi come sforzo biologico. Si può individuare, dunque, una visione biologica della malattia nel senso di fenomeno intrinseco della vita che è una lotta di sopravvivenza. [...] Malato è un uomo, una persona, che ha delle difficoltà di integrazione sociale, in qualunque senso. E anche gli animali, o le piante, spesso sono definite malate in rapporto all'uomo". " [...] Praticamente solo l'uomo è malato.*

Ciò irrompe come una novità filosofica, concettuale, e la medicina deve mettere in opera strategie tese a salvaguardare la vita come bene e a sfruttarne le immense possibilità latenti in ciascuno individuo e la medicina non è scienza delle malattie, ma *scienza della vita dell'uomo* e resta per me una convinzione, non una mera proposta velleitaria, anche se:

*"La vita è breve, l'Arte è duratura, l'occasione fuggevole, l'esperienza illusoria, il discernimento difficile".*

## Meningococco B: potenzialità del vaccino

► Confermata in un recente studio la potenzialità del vaccino multicomponente contro il meningococco di sierogruppo B (4CMenB) - frutto della ricerca Novartis e in fase di registrazione - di proteggere i soggetti a rischio di infezione, dai bambini nella prima infanzia agli adulti. Lo studio, condotto su oltre 1.800 bambini nella prima infanzia, ha dimostrato che il vaccino induce una robusta risposta immunitaria quando somministrato da solo o insieme ad altri vaccini in programmi di vaccinazione (*JAMA* 2012; 307: 573-82). I vaccini ad oggi disponibili non sono in grado di offrire un'ampia protezione contro il meningococco di sierogruppo B, malattia dalla difficile identificazione che può portare a morte entro 24 ore dai primi sintomi. Lo sviluppo di un vaccino protettivo contro il sierogruppo B rappresenta da tempo un'ardua sfida e, se confermerà le aspettative di successo, rappresenterà un importante passo avanti nella prevenzione della meningite.

## Eccellenza italiana nella sclerosi sistemica

► La conferma dell'eccellenza della ricerca nazionale in area reumatologica è dimostrata anche dal "2° Congresso mondiale sulla sclerosi sistemica", svoltosi recentemente a Madrid, che è stato presieduto da Marco Matucci-Cerinic, Direttore della Divisione di Reumatologia e del Centro di riferimento regionale sulla sclerosi si-

stemica dell'Università di Firenze. In questo momento la ricerca sulla sclerosi sistemica è indirizzata verso l'identificazione di test per permettere di formulare più facilmente la diagnosi di malattia. Un esempio è il test ELF (Enhanced Liver Fibrosis), un algoritmo approvato come predittore di severità nelle malattie epatiche che, in uno studio di ricercatori italiani e britannici, si è dimostrato efficace per valutare l'attività e la severità della sclerodermia.

## Insicurezza e disagio dei pazienti psoriasici

► Sono allarmanti i dati di un'indagine su un campione di mille pazienti con psoriasi medio-grave, presentata a Roma nel corso del VII Congresso "Psoriasi, problema medico e sociale", promosso dall'Associazione per la Difesa degli Psoriasici (ADIPSO). Stando ai dati dell'indagine, il disagio, i timori, l'incertezza, cure innovative non sempre accessibili e lo scarso dialogo con i medici portano i pazienti a cercare spesso strade alternative alle terapie tradizionali. I risultati dell'indagine dimostrano che due pazienti su tre, oltre un milione e mezzo di italiani, provano a curare la psoriasi anche con erbe e integratori (33%), con l'omeopatia (20%) o la psicoterapia (11%). C'è un dato ancora più preoccupante: secondo le segnalazioni arrivate all'Associazione, ci sarebbero almeno centomila pazienti "in cura" da maghi e sedicenti guaritori che promettono terapie miracolose a base di intrugli ovviamente inutili, se non addirittura dannosi.

## Diete povere di fosforo e protezione renale

► Nei pazienti affetti da insufficienza renale, elevati livelli di fosforo sono un fattore di rischio indipendente di perdita più rapida di funzione renale e di aumento del rischio cardiovascolare. È il risultato di uno studio italiano su 331 pazienti affetti da insufficienza renale (Zoccali et al. *J Am Soc Nephrol* 2011; 22: 1923-30). Dallo studio emerge anche che in questi soggetti elevati livelli di fosforo riducono la risposta ai trattamenti farmacologici e l'azione protettiva della terapia si attenua molto. I risultati suggeriscono che riducendo il fosforo che si introduce con la dieta, in particolare la carne, i formaggi conservati, i soft drinks e i cibi surgelati a cui spesso vengono aggiunti sali di fosforo come conservanti o insaporitori possa rallentare la progressione delle malattie renali con perdita di proteine.

### "Farmaci fuori brevetto"

In allegato al numero 2 di *M.D. Medicinae Doctor* un'iniziativa editoriale che è un utile strumento per il lavoro quotidiano del medico di famiglia.

La pubblicazione "Farmaci fuori brevetto. Dal nome commerciale alla molecola" riporta in ordine alfabetico tutti i farmaci che non sono più coperti da brevetto e il corrispondente principio attivo.

L'allegato di 94 pagine è aggiornato al febbraio 2012.