

M.D.

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

Anno XIX, numero 3 - 20 marzo 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

8

**Caos Pronto soccorso
e l'appello a riorganizzare
le cure primarie**

PROFESSIONE

12

**Rilevazione di performance
di una medicina di gruppo**

RICERCHE

36

**Fattori di rischio
cardiovascolare
nella popolazione femminile**



CONTIENE I.P.

Flavia Franconi

*Ordinario di Farmacologia Dipartimento di Scienze
Biomediche, Università di Sassari - Presidente GISEG*

**Prospettiva di genere
nella pratica clinica: dalle parole ai fatti**

ATTUALITÀ

- **Dossier**
Caos Pronto soccorso e il reiterato appello a riorganizzare le cure primarie 8
I Mmg, la proposta del ministero e le risposte dei sindacati 9
- **Proposte**
Un Manifesto della Medicina per la sanità dei prossimi dieci anni 11
- **Professione**
Rilevazione di performance di una medicina medicina di gruppo 12
- **Normative**
Abolizione del Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS)
e legge sulla privacy 17
- **Intervista**
Prospettiva di genere nella pratica clinica: dalle parole ai fatti 18

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
Trattamento del diabete di tipo 2: linee guida per la terapia orale 24
- **Dislipidemie**
Raggiungimento dei livelli di C-LDL nella pratica reale 25
- **Imaging**
Riduzione delle radiazioni ionizzanti nella diagnostica per immagini 26
- **Malattie infettive**
Infezioni sessualmente trasmesse negli adulti in aumento in Italia 27
- **Nefrologia**
Prevenzione renale: coinvolgimento attivo del Mmg 28
- **Neurologia**
Il "codice ictus" per ridurre il ritardo evitabile 30
- **Ortopedia**
Qualità e appropriatezza della chirurgia ortopedica italiana 32

CLINICA E TERAPIA

- **Ricerche**
Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione femminile 36
- **Clinica**
Disagio psicosociale sul lavoro: valutazione clinica in medicina generale 39
- **Pratica medica**
Terapia antipertensiva di associazione in paziente
con livelli pressori non controllati 42
- **Rassegna**
Dermatite atopica, una patologia molto complessa 46
- **Osservatorio**
Le italiane sono attente alla salute 49
- **Indagini**
Dolore cronico: agli italiani è ancora poco nota la legge 38 50
- **Monitor** 52

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile
Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto

Grafica e impaginazione
Manuela Ferreri, Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggioni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



CSST CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA



A member of IFAC
International Federation of Health Journals of Circulation

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

Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2011 - 31/12/2011

Periodicità: 15 numeri all'anno

Tiratura media: 33.349 copie

Diffusione media: 33.269 copie

Certificato CSST n. 2011-2249 del 27 febbraio 2012

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, Piazza Duca d'Aosta n. 12 - 20124 Milano

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

Riordino cure primarie: si acuisce il conflitto sindacale

Riorganizzazione delle cure primarie, integrazione ospedale territorio, decongestione dei Pronto soccorso, sono i temi che stanno connotando il dibattito professionale e riportando alla luce antiche divisioni sindacali soprattutto nella medicina generale, divisioni mai sopite, ma fino a qualche tempo fa attenuate dall'obiettivo di trovare una significativo compromesso sulla modifica dell'articolo 8 di bindiana memoria.

Il nuovo Patto per la Salute alle porte, la ri-esplosione della congestione dei Pronto soccorso, hanno riportato prepotentemente alla ribalta le contraddizioni di un Ssn, sottofinanziato per i bisogni assistenziali a cui dovrebbe rispondere, sempre più parcellizzato in cui è difficile garantire livelli di assistenza uniformi e che espone i lavoratori del comparto a continue pressioni, svelandone tutta la debolezza e la fragilità contrattuale. Non è affatto un caso che in un momento topico per il ridisegno dell'assistenza territoriale l'affastellamento delle proposte e dei distinguo da parte dei rappresentanti di categoria prenda il sopravvento e che la stampa cosiddetta "laica" contribuisca, forse inconsapevolmente, ad acuire contrasti e differenze. Esempio lampante di questo "clima" è quanto accaduto di recente dopo l'articolo di Repubblica dal titolo "Rivoluzione per i medici di famiglia, studi aperti di notte e nel week end". Pubblicato a margine della seconda riunione sul riordino delle cure primarie, svoltasi presso il Ministero della Salute, l'articolo faceva intendere che la scelta del dicastero era già ben indirizzata verso le aggregazioni funzionali territoriali (Aft) care alla Fimmg.

Per dovere di cronaca è il caso di ricordare che l'assegnazione obbligatoria alle forme organizzative monoprofessionali (Aft) e multiprofessionali (Uccp), insieme alla ristrutturazione del compenso, sono temi caldi della proposta di modifica dell'articolo 8 su cui non ci sono visioni concordanti tra i vari sindacati. Si tratta di argomenti messi tra parentesi dopo che il ministero della Salute ha accolto alcune istanze dei rappresentanti di categoria, modificando l'impianto iniziale della bozza di proposta per il riordino delle cure primarie. Quindi non ci si deve meravigliare se i toni dei comunicati stampa sindacali, susseguiti alla pubblicazione dell'articolo di Repubblica, palesano non solo lo sconcerto per il contenuto riportato, ma soprattutto rendono ben evidenti che è in corso una vera e propria lotta per l'egemonia e la leadership a governare un cambiamento epocale che già da tempo è germogliato in vari territori.

Lo scontro è apertissimo e il recente incontro romano, dove si sono ritrovati quattro sindacati in rappresentanza dei medici ospedalieri e convenzionati, pediatri compresi, forse già ne delinea il possibile epilogo.

Caos Pronto soccorso e il reiterato appello a riorganizzare le cure primarie

Le immagini shock di pazienti adagiati sul pavimento o su lettighe nei corridoi dei Pronto soccorso (Ps) hanno riportato alla ribalta, tra le criticità del sovraffollamento dei Ps, un annoso problema: l'inappropriatezza degli accessi. Intorno a questa tematica si è riaperto il dibattito sull'organizzazione dell'assistenza territoriale, soprattutto dopo la proposta del ministro Balduzzi di una medicina di famiglia accessibile sette giorni su sette e 12 ore al giorno

Anna Sgritto



La necessità di riorganizzare l'assistenza sul territorio per una più efficace gestione delle emergenze urgenze non è argomento nuovo, anzi su di esso si sono versati fiumi di parole e anche di inchiostro. Basterebbe, per esempio, andare indietro di un anno e rileggersi le considerazioni conclusive, nella seduta del 13 aprile 2011, della Commissione Igiene e Sanità del Senato (Presidente **Antonio Tommassini**) dei risultati dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza. Risultati che mettevano in luce un sistema italiano dell'emergenza-urgenza in forte affanno anche a causa dell'aumento delle richieste di soccorso, cresciute negli ultimi 10 anni del 50%, in cui si riscontrava un eccesso di codici bianchi e verdi. Per far fronte a questa criticità si proponeva di migliorare l'organizzazione delle strutture per restringere i tempi di attesa intraospedaliera; di attivare percorsi privilegiati per i casi gravi e specifici; di perfezionare la formazione del personale e di creare un sistema di assistenza territoriale h. 24 quale punto di riferimento dei casi meno gravi. Circa un mese dopo (maggio 2011) venivano pubblicati i dati dell'indagine sui Pronto soccorso (Ps), condotta da Cittadinanzattiva-Tdm, in collaborazione con l'Anaa-Assomed e il quadro d'insieme delle criticità si riproponeva in tutta la sua valenza e complessità. In quel frangente le organiz-

zazioni sindacali sottolinearono che ridurre l'afflusso dei codici bianchi e verdi con una maggiore integrazione tra ospedale e territorio non sarebbe bastato perché era necessario lavorare in un'ottica di sistema: "Il vero problema - sottolinearono - è l'eccesso di domanda di ricovero soprattutto nell'area medica per cause epidemiologiche e demografiche cui si è accompagnata negli anni una progressiva riduzione del numero dei posti letto per acuti e di personale dedicato, specie nelle Regioni soggette ai piani di rientro". Dopo un anno la situazione si ripresenta in tutta la sua gravità e le soluzioni evocate sono quelle di sempre, rafforzate da nuovi dati che, quantificando la sforbiciata sul numero dei posti letto (45 mila dal 2000 al 2009), mostrano il collasso della rete ospedaliera pubblica e le carenze dei Pronto soccorso. Malgrado ciò i dati del ministero della Salute relativi alle Schede di dimissioni ospedaliere del 2010 evidenziano una diminuzione dei ricoveri rispetto al 2009 e un aumento dei livelli di appropriatezza.

► Tagli ai posti letto e scarse risorse sul territorio

Anaa-Assomed ribadisce quanto sottolineato un anno fa e rimarca: "Se i Ps sono al collasso la causa principale si deve cercare nel progressivo taglio dei posti letto ospedalieri, raramente preceduto da adeguati inter-



venti a sostegno della medicina del territorio e dalla drastica riduzione del turn over, giunto al blocco completo nelle Regioni con piani di rientro". Dello stesso parere è **Maurizio Chiesa**, vicepresidente della Simeu

(Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza): "Capiamo la necessità di razionalizzare la spesa, ma le misure dei piani di rientro risulterebbero sostenibili se parallelamente ai tagli si potenziasse-



ro i Pronto soccorso in organici e dotazioni e si creasse sul territorio una rete di strutture "leggere", capace di dare accoglienza ai pazienti con ridotti problemi sanitari, ma gravi problemi assistenziali".

La presa di posizione della FNOMCeO



Amedeo Bianco
Presidente
Ordine dei Medici



Federazione Nazionale
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

È dura la presa di posizione del presidente della FNOMCeO, **Amedeo Bianco**, sulla sospensione di 90 giorni comminata dalla Regione Lazio ai due dirigenti del Policlinico Umberto I per le condizioni, venute alla ribalta della cronaca, in cui versano i pazienti in Pronto soccorso. "Mi risultano incomprensibili la forma e la ratio della sospensione a fronte del disastro annunciato le cui caratteristiche sono riscontrabili in lungo e in largo nel Paese. La forma - spiega Bianco - attiene a una individuazione 'difensivistica' delle responsabilità, che si fanno ricadere sul penultimo anello

debole della catena: i dirigenti del servizio specifico. Come ultimo anello debole restano comunque i pazienti. La ratio, invece consiste nel fatto che nei DEA implodono le contraddizioni del sistema delle cure e dell'assistenza, note e documentate da anni: inappropriata negli accessi ai PS e difficoltà di garantire flussi in uscita dai reparti di degenza di pazienti in post acuzie a causa dell'insufficienza dei servizi di domiciliarità e di ricovero per le lungodegenze. Non si possono né si devono usare questi due bracci della tenaglia per schiacciare i professionisti che, invece, da anni reggono l'insostenibilità del sistema, acuita dalle difficoltà economiche e dai conseguenti tagli. Va corretto quel messaggio che arriva ai cittadini sull'individuazione delle responsabilità che erode la fiducia nelle istituzioni, ma soprattutto nei professionisti che sono invece, insieme a loro, in prima linea su un campo di battaglia che non può che vederli alleati per il miglioramento dei servizi". Proprio per questi motivi, secondo Bianco, la riorganizzazione della medicina del territorio avanzata dal ministro Balduzzi - su cui, precisa, da tempo c'è una proposta che aspetta solo la costruzione dei riferimenti normativi e giuridici per funzionare - affronta solo un 'corno' del problema rispetto allo scandalo attuale del Pronto soccorso.

I Mmg, la proposta del ministro e le risposte dei sindacati

Per il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, gli accessi inappropriati ai Ps sono il primo elemento su cui incidere per decongestionare il Pronto soccorso e per questo motivo chiede di accelerare i tempi della realizzazione dell'assistenza h. 24 sul territorio di cui si discute da anni. "È arrivato il momento - ha dichiarato - per realizzare una medicina di base accessibile 7 giorni su 7 e h.12". La risposta delle organizzazioni di categoria non si è fatta attendere. Il se-

gretario della Fimmg, **Giacomo Milillo**, ha dichiarato di essere pronto anche a rivedere la convenzione per arrivare a questo risultato, raggiungibile nel giro di un anno, creando aggregazioni funzionali, in cui siano superate le attuali divisioni tra Mmg e continuità assistenziale, in modo da offrire, grazie a una turnazione, un servizio h. 24. A ribadire questo concetto è anche **Fiorenzo Corti**, segretario della Fimmg Lombardia che



precisa: "Non si può pensare che sia il singolo Mmg a essere disponibile 7 giorni, occorre ripensare e riorganizzare la medicina del territorio, cosa di cui discutiamo da anni. La MG non è l'ambulatorio del medico di famiglia, ma l'area dell'assistenza primaria territoriale dove i Mmg si associano tra loro, caratterizzata dalla presenza di medici che sviluppano il rapporto di fiducia con i pazienti e altri che si occupano di aspetti organizza-

tivi". Pur dichiarando un'apertura al confronto sulla proposta del ministro, **Angelo Testa**, presidente nazionale Snam, mostra alcune perplessità: "Pensare che la medicina generale possa arginare i codici bianchi è alquanto inverosimile. C'è il rischio non solo di congestionare gli studi dei Mmg, ma di non risolvere il problema. Mettiamo il caso che un cittadino, colto da un lieve malore, si rechi presso lo studio del Mmg (sempre aperto), il quale potrebbe prescrivergli degli esami per approfondire il problema. Tenuto conto dei tempi di attesa, non sarebbe avulso dalla realtà pensare che per ovviare a tale problema quel cittadino scelga di recarsi in Pronto soccorso per accelerare i tempi. Inoltre non ci sono studi che al momento dimostrino che una maggiore disponibilità oraria dei Mmg determini una riduzione di accessi al Ps, anzi vi sono esperienze contrarie. Negli orari in cui si concentra il lavoro dei medici famiglia, non sembra che gli accessi al Pronto Soccorso crollino di numero come ci si dovrebbe aspettare".

Sulla stessa lunghezza d'onda è il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) che vede nella proposta del ministro una soluzione "emergenziale" e non risolutiva. Per il presidente Smi **Giuseppe Del Barone** non si risolvere il problema dei codici bianchi e verdi, scaricando il peso sui Mmg con l'apertura degli studi 12 ore al giorno. "Non è pensabile e neppure attuabile che un Mmg - specifica Del Barone - diventi il terminale delle emergenze e che lavori ininterrottamente per 12 ore al giorno, visto che non sarà così semplice trovare un medico da affiancare al titolare nel suo ambulatorio, è necessario riorganizzare le cure



Istanze e proposte della Società Italiana di Medicina Generale

La Società Italiana di Medicina Generale (Simg) entra nel dibattito avanzando proposte concrete per far fronte al problema del sovraffollamento del Pronto soccorso e, rivolgendosi direttamente al ministro della Salute, chiede di essere protagonista della riorganizzazione delle cure primarie. "Ci faremo carico delle esigenze legate alla maggiore copertura assistenziale e alle nuove responsabilità professionali. Ma siamo

preoccupati - esplicita **Claudio Cricelli**, presidente Simg - perché esclusi dal tavolo di lavoro che porterà alla stesura del nuovo Patto per la Salute, anche se negli ultimi anni abbiamo affrontato risolutamente i temi dell'efficienza, della valorizzazione delle prestazioni, della valutazione dell'*outcome* clinico e del pagamento a risultato per obiettivo di cura". A giugno la Simg invierà al ministro Balduzzi un documento denominato: "*Memorandum per il Ssn*" in cui presenterà le proprie considerazioni operative per dar vita a un modello moderno di assistenza che possa garantire



SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE



Claudio Cricelli
Presidente Simg

la continuità delle cure. "È possibile realizzare un modello moderno, efficiente ed efficace della medicina generale - sottolinea Cricelli - che evolva sviluppando le cure Primarie e del Territorio in armonica collaborazione tra i processi di cura e di assistenza. Per questo stiamo approntando una infrastruttura definita *Primary Care Governance System* (PCGS) che avrà obiettivi gestionali, di eccellenza delle cure cliniche, di analisi dei costi e dei benefici prodotti. Valuterà l'impatto di intere popolazioni aggregate per dimensioni distrettuali, subdistrettuali, di Asl e nazionali. Avrà una funzione di raccordo tra i processi di bassa e media intensità e complessità con l'alta intensità e con un'interfaccia dinamica che rilevi la continuità di cura del paziente senza discontinuità mediche ed assistenziali. La funzione di auditing monitorerà le performance ottimali di ogni medico e di ogni Aggregazione e singola Unità di Cura riferendoli ai migliori standard scientifici e misurando l'*outcome* clinico ed economico al livello del singolo paziente".

primarie, come chiediamo da anni, inascoltati". Secondo Smi bisogna riorganizzare il territorio in modo che comprenda oltre alle già conosciute ADI, l'alta attività assistenziale per i casi dimessi in post acuzie e le cosiddette dimissioni precoci e protette, anche in collaborazione/integrazione con i medici ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali. Altro fronte è quello dell'assistenza alle cronicità e fragilità. Per il segretario nazionale, **Salvo Cali** serve anche una razionalizzazione e un aumento

dei posti letto, prevedendo la riconversione dei piccoli ospedali: "A forza di tagliare, di giocare al risparmio, di rinviare il momento delle riforme eccoci con i Pronto Soccorso presi d'assalto dai cittadini, che finiscono con le barelle per terra, le corsie al collasso, i corridoi intasati e i medici, falcidiati dal blocco del turn over, dai contratti precari, al limite di una crisi di nervi e in più sanzionati, nonostante siano stati i primi a denunciare la drammatica situazione. sperato di questo Paese".

Un Manifesto della Medicina per la sanità dei prossimi dieci anni

È la proposta lanciata dal presidente dell'Ordine dei Medici nella prima riunione del rinnovato Consiglio nazionale FNOMCeO, svoltasi di recente a Roma, in cui ha confermato la sua candidatura anche per il triennio 2012-2014

Nella relazione tenuta alla prima convocazione del nuovo Consiglio Nazionale, organo che raccoglie tutti i presidenti degli Ordini provinciali eletti nella tornata dell'autunno 2011, il presidente della FNOMCeO, **Amedeo Bianco** ha ribadito che i medici sono chiamati ad affrontare anni di enorme complessità in cui la professione non può abdicare alla necessità di dover coniugare sostenibilità ed equità. Secondo Bianco la professione deve aver un ruolo propositivo nel ridisegnare la nuova sanità sostenibile senza tradirne non solo l'universalità, l'equità e la solidarietà, ma anche l'efficacia, la qualità e la sicurezza che in gran parte deve restare territorio esclusivo dei medici e dei professionisti sanitari.

“Quello che già oggi emerge da indagini e statistiche è una società meno equa, - ha precisato Bianco - che vede allargarsi il solco tra vecchie e nuove disuguaglianze non più solo trasversali tra ceti ed aree del Paese, ma anche verticali, laddove vengono a contrapporsi destini e speranze di generazioni; purtroppo questi conflitti gettano ombre sul futuro di tutti. Si va dunque delineando un modello di servizio sanitario più povero, indebitato e in deficit al Centro Sud, ma prossimo alla stessa sorte al Centro Nord, con una propensione all'implicito razionamento di prestazioni, afflitto da un calo di fiducia dei cittadini e da un pervasivo

deficit di interesse e di passioni dei suoi professionisti in generale e dei suoi medici in particolare che appena possono, abbandonano il sistema. La crisi di sostenibilità economica del sistema sanitario impatta negativamente sui profili delicati e complessi di quel patto professionale e civile tra i medici e la sanità e tra la sanità e il Paese, fondati sull'equità di accesso e l'universalità dei destinatari”.

► Governare il cambiamento

Al riguardo propone un'iniziativa che: “a partire dal coinvolgimento di tutte le rappresentanze della nostra professione, raccolga intelligenze, esperienze e competenze di altre culture peraltro da noi in più occasioni interessate, per definire un Manifesto della Medicina, del Medico per la Sanità dei prossimi dieci anni. Dovrà, questo, essere la piattaforma delle nostre proposte per il governo dei cambiamenti nel prossimo decennio, finalizzato a proteggere i principi fondanti di quel patto civile, sociale e tecnico-professionale tra professione e sanità e tra sanità e Paese, che ha in questi decenni promosso e sostenuto diritti di cittadinanza e coesione sociale. Ho la presunzione di ritenere che questo protagonismo della professione, se serio e responsabile, sia un servizio utile e necessario al Paese ed alle sue istituzioni per sciogliere i nodi senza tagliare la corda”.

Rilevazione di performance di una medicina di gruppo

L'utilizzo di indicatori di performance e di risultato per una valutazione diretta del funzionamento dei processi di cambiamento attuati presso uno studio di medicina di gruppo. Il monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza può infatti consentire l'attivazione di processi e di iniziative di miglioramento nell'ottica di una continua crescita della qualità del servizio fornito e del processo assistenziale

Luigi Dal Bianco

*Referente Medicina di Gruppo
"Age Quod Agis"*

Barbara Laverda

*Tirocinante del corso di formazione
in Medicina Generale*

Serena Corrà

*Infermiera professionale
Ambulatorio di Medicina Generale
Marano Vicentino (VI)*

In questi anni si è diffusa in Europa la consapevolezza che una forte medicina del territorio produce migliori risultati a fronte di minori costi; per questo è nato un processo di rafforzamento delle cure primarie.

La medicina generale (MG) rappresenta in Italia la principale struttura del Ssn a diretto contatto con il pubblico. È un capitale ed una risorsa che il Ssn ha interesse ad utilizzare al meglio, sviluppandone le più qualificate potenzialità.

La MG deve raggiungere una qualità, un'efficienza, un'efficacia e una equità tali da rispondere, in modo organico, strutturato e nel contempo flessibile, alla domanda di salute di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche e complesse. È sempre più indispensabile organizzare ed affinare servizi per fornire cure appropriate ad una società in continua evoluzione socio-culturale e con esigenze sempre maggiori. Risulta, quindi, fondamentale che la disciplina della medicina generale evolva, nel continuo dello sviluppo dei sistemi sanitari in cui è coinvolta, non solo dal punto di vista accademico, ma anche dal punto di vista gestionale. I sondaggi indicano che il medico di famiglia è la figura più gradita tra le componenti del Ssn, in quanto più "immersa" nel tessuto sociale e quindi punto centrale dell'assistenza e prevenzione sul territorio.

Secondo i risultati della ricerca ISPO (Istituto per lo Studio della Pubblica

Opinione) - presentata al 65esimo Congresso Nazionale Fimmg/Metis - più dell'80% dei cittadini ritiene soddisfacente il rapporto con il proprio medico di famiglia.

La medicina in associazione sembra rispondere meglio al perseguimento degli obiettivi di efficacia generale e in particolare di qualità del servizio all'utenza. L'associazionismo medico è un tema non più di frontiera, ma una realtà acquisita e consolidata, che trova riferimento centrale già nell'art. 40 dell'ACN del 2000 poi ripreso con più enfasi nell'ultimo accordo siglato nel 2009. Nell'art. 54 del nuovo accordo infatti ne sono fissati i fini, le forme, le condizioni. Le Regioni hanno, poi, la possibilità di individuare altre forme organizzative, caratteristiche aggiuntive ed attività integrative al fine di garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate.

Tra le varie forme di associazionismo si distingue la "medicina di gruppo".

Tale forma prevede una sede unica, un numero di ambulatori congruo, l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, l'utilizzo da parte dei componenti del gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti, l'utilizzo del *software* per la gestione delle schede sanitarie tra loro compatibili, l'utilizzo per

ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con CUP e per l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici e prescrittivi, la realizzazione di attività di revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa. Nella gestione di un servizio è importante conoscere il grado di soddisfazione degli utenti e la misura dello scarto percepito tra servizio erogato ed atteso è un metodo per evidenziare aree di criticità da valorizzare.

Lo scopo di questo lavoro è la misura di indicatori di performance e di risultato come valutazione diretta del funzionamento dei processi di cambiamento attuati presso uno studio di medicina di gruppo.

Il monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza può confermare la validità degli interventi organizzativi attuati e consentire l'attivazione di processi e di iniziative di miglioramento, nell'ottica di una continua crescita della qualità del servizio fornito.

Coerentemente agli obiettivi del nuovo Piano sanitario nazionale, l'appropriatezza assistenziale passa attraverso una buona organizzazione e richiede al professionista convenzionato non solo responsabilità clinica, ma anche gestionale.

► Materiali e metodi

I pazienti intervistati sono utenti dell'associazione medica "Age Quod Agis" (*fa bene quello che stai facendo*).

Tale associazione è situata nel comune di Marano Vicentino, ha un bacino di utenza complessivo di 4.084 persone, di cui n. 822 pazienti anziani, n. 3.096 pazienti adulti, n.166 pazienti in età pediatrica.

Il locale è situato al piano terra, fronte

strada, con ampio parcheggio libero di fronte. Comprende tre ambulatori medici in rete locale LAN con gestione della cartella informatica Eumed, una infermiera professionale, una sala d'attesa dotata di 22 posti a sedere e una *reception* collegata in rete con i tre studi medici.

È attivo un processo di informatizzazione e collegamento dei Mmg all'Azienda Ulss.

Ogni medico ha un indirizzo email nel dominio dell'Azienda (che permette lo scambio da e per l'Azienda di email 'sensibili' come ad esempio le notifiche di ricovero e/o di accesso al servizio di CA). Attraverso il *software* Track-Web sono consultabili e scaricabili una raccolta di notizie clinico-assistenziali erogate da altre strutture aziendali (dettaglio delle diagnosi e procedure/interventi di ogni ricovero, referti emessi sui pazienti come radiologia, laboratorio analisi, anatomia, svama, diario dimissioni protette, modello M della continuità assistenziale, retinografia, ecc., accessi di Pronto soccorso del paziente, assistenza domiciliare attiva sul paziente e molte altre).

Attraverso il *software* Taonet per la gestione dei pazienti in terapia anticoagulante, ogni medico ha in tempo reale il valore INR rilevato dal Servizio Laboratorio Analisi e predispone la terapia, la stampa e la consegna della scheda al paziente.

Di recente possono essere trasmessi e integrati i dati di laboratorio direttamente dall'archivio dell'Azienda al *software* del Mmg.

► Disegno dello studio

Per effettuare l'indagine è stato messo a punto un questionario per la rilevazione della soddisfazione dei pazienti.

La scelta dei quesiti è stata effet-

tuata al fine di individuare elementi misurabili dell'assistenza al paziente riguardante aspetti strutturali, processi, esiti e desideri.

L'uso degli indicatori di qualità permette la valutazione oggettiva della percezione dei pazienti riguardo ai cambiamenti effettuati, permette di far emergere criticità non conosciute, d'indurre la discussione sulla qualità della cura, di indirizzare le risorse verso aree di maggior bisogno da parte degli utenti.

L'attenzione è stata rivolta ad alcuni indicatori del rapporto fiduciario tra paziente e medico, della qualità della prestazione medica e infermieristica, della fruibilità ed accessibilità dei servizi offerti, della percezione relativa all'eventuale presenza di altre figure professionali nella struttura, dell'ampliamento dei servizi forniti e della possibilità di istituire progetti di educazione sanitaria rivolti ai pazienti.

Il questionario è stato elaborato tenendo conto di esperienze precedenti condotte da altri studi.

Il giudizio degli intervistati relativo agli 11 quesiti somministrati è stato espresso mediante una scala qualitativa a cinque livelli corrispondenti a gradi crescenti di soddisfazione.

È stata data la possibilità di esprimere suggerimenti tramite apposito spazio per giudizi liberi.

Il questionario, comprensivo di una premessa esplicativa ed istruzioni per la compilazione, è stato autosomministrato presso lo studio "Age Quod Agis" durante l'orario di ambulatorio per una settimana. Sono stati considerati validi esclusivamente i questionari riconsegnati entro la settimana successiva. Le schede sono state raccolte e numerate. I dati sono stati elaborati tramite fogli di calcolo per la valutazione statistica (Microsoft Office Excel).

► Risultati

Sono state raccolte 120 questionari: 115 sono stati considerati validi, 5 non sono stati conteggiati o per incongruenza o per notevole incompletezza dei dati.

La partecipazione al sondaggio è stata distribuita tra i pazienti dei tre medici dello studio: 41 pazienti del dr. Dal Bianco, 40 pazienti del dr. Nardello, 34 pazienti della dr.ssa Pietribiasi.

L'età media dei partecipanti è di 57 anni (intervallo d'età: 22-85 anni) 33 uomini e 82 donne.

La distribuzione per occupazione è la seguente: 54 pensionati (48%), 23 casalinghe (21%), 11 impiegati (10%), 12 operai (10,1%), 1 disoccupato (0.9%), 5 libero professionisti (2%), 9 altro (8%).

Del campione esaminata 63 persone (56%) hanno dichiarato di usufruire del servizio almeno una volta al mese; 38 (34%) raramente; 12 (10%) 2-3 volte al mese, mentre nessuno ha dichiarato di usufruirne ogni settimana.

La quasi totalità dei pazienti (97%) ha dichiarato di raggiungere l'ambulatorio autonomamente e solo un'esigua minoranza (3 pazienti -3%) ha dichiarato di farsi accompagnare; un paziente non ha risposto a questo quesito. Quindici pazienti (13%) percorrono più di due chilometri per recarsi presso lo studio; 59 pazienti (52%) percorrono distanze comprese tra gli 0.5 e 2 Km e 39 (35%) percorrono meno di mezzo Km.

La figura del medico si caratterizza per due aspetti: per la conoscenza scientifica e l'abilità tecnica e per *ethos* (carattere, temperamento) umanitario, fatto di capacità di ascoltare, di capire, di sentire e di condividere i pensieri e le emozioni dell'altro.

L'esito favorevole del rapporto medico-paziente dipende molto dalla qualità del *setting* (ambiente fisico e funzionale, orario, durata, costo) in cui avviene l'incontro: l'ottimizzazione del contesto migliora la relazione tra medico e paziente.

Dall'analisi delle risposte del questionario è risultato che il tempo dedicato per la "visita medica" ai pazienti che si presentano all'ambulatorio è molto "buono" come pure il coinvolgimento nelle scelte terapeutiche (*risposte a domande 1-2*).

Per quanto riguarda il tempo dedicato alla visita va detto che la percezio-

ne della durata della consultazione tra medico e paziente è soggettiva. La sensazione di insoddisfazione del paziente deriva spesso dal fatto che è stato interrotto proprio quando non avrebbe voluto. Avere a disposizione del tempo per parlare a volte non basta, il tempo dovrebbe anche essere protetto da interruzioni, cosa che, a volte, non avviene per l'esiguità di personale. Nell'ultima ora di ambulatorio, infatti, l'infermiera lascia la reception per eseguire l'attività infermieristica ed evade solo le richieste telefoniche per i medici presenti al pomeriggio.

Critica risulta l'attesa prima della visita. La domanda 3 inerente a questa problematica ha evidenziato il più alto numero di risposte negative, nonostante la programmazione degli accessi su appuntamento.

Tale criticità è legata al fatto che sono inserite delle urgenze tra un appuntamento e l'altro e, principalmente, perché più persone della stessa famiglia si presentano a un solo appuntamento o una persona si fa carico anche delle necessità di altre, nonostante i continui avvisi.

Un adeguato personale di segreteria potrebbe esaudire molte delle richie-



ste dei pazienti (ricette ripetibili, appuntamenti, informazioni relative agli orari, prenotazioni CUP), l'infermiera potrebbe dedicarsi esclusivamente alle sue mansioni (misura della pressione arteriosa e del BMI, tempi di coagulazione, prelievi ematici, medicazioni, ECG, terapie iniettive, pulizia e sterilizzazione dei ferri chirurgici, aggiornamento della cartella clinica e altro), lasciando al medico più tempo alla sua attività vera e propria.

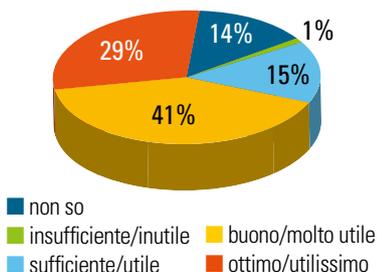
Una quota assai rilevante dei contatti fra medico e paziente (dal 30% al 50%) è costituita, infatti, da relazioni di natura esclusivamente burocratica, circa un terzo delle quali è rappresentato da prescrizioni di farmaci per terapie croniche o ricorrenti. Per la conoscenza che il medico ha del paziente, tali relazioni non richiedono necessariamente un contatto diretto tra i due.

Il sondaggio ha evidenziato come gli utenti apprezzino particolarmente la possibilità di usufruire di servizi infermieristici (domanda 4), la disponibilità dell'infermiera professionale (domanda 11) e il servizio "ripetizione ricette" di farmaci per terapie croniche o ricorrenti (domanda 6).

La disponibilità della cartella clinica

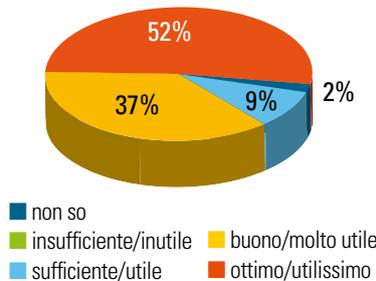
4

Come giudica la possibilità di usufruire di servizi infermieristici (anche a tariffa sociale/ridotta) come vaccinazioni, medicazioni, etc..in ambulatorio?



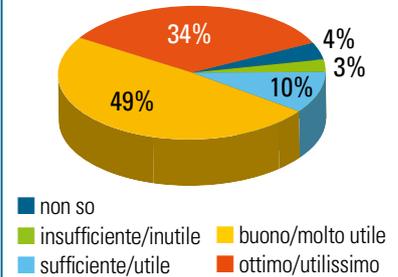
11

Come giudica la disponibilità dell'infermiera professionale?



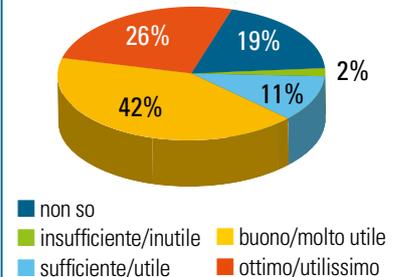
5

Come giudica la possibilità di avere a disposizione durante il giorno il proprio medico o uno dei medici del gruppo per problemi di salute?



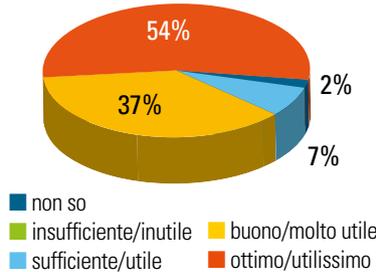
9

Come giudica la presenza di eventuali medici specialisti in ambulatorio (fisiatra, cardiologo, urologo, allergologo)?



6

Come giudica il poter effettuare le ricette ripetibili tramite il personale di segreteria?



del paziente consultabile da tutti i medici del gruppo ne facilita la gestione, senza che per questo il rapporto fiduciario tra medico e paziente ne risulti compromesso e senza che il medico titolare perda la regia dell'assistenza.

La stretta collaborazione ed il costante confronto fra i medici del gruppo, unita alla condivisione degli obiettivi e degli stili di lavoro, fanno il resto. Tale possibilità è stata molto apprezzata (domanda 5) e pure gradita risulta un'eventuale presenza di colleghi con diverse competenze tra i medici del gruppo: domanda n. 9, che però evidenzia il più alto numero di incerti. Il dato potrebbe far pensare che alcuni temono che una maggiore comodità vada a scapito della pro-

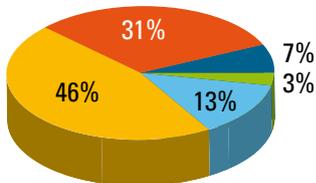
fessionalità e che ci sia una minore possibilità di scelta.

L'interesse per i corsi di educazione sanitaria si è posizionato tra il molto utile e l'utilissimo (domanda 10).

Abbiamo anche saggiata l'opinione dei pazienti per quanto riguarda la disponibilità al ricevimento su appuntamento (domanda 7). Solo 3% si sono detti contrari e 1% incerti, mentre la grande maggioranza si è espressa in modo favorevole. Il risultato collima con l'art. 36 comma 8 del nuovo Acn che prevede che le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, siano di norma erogate attraverso un

10

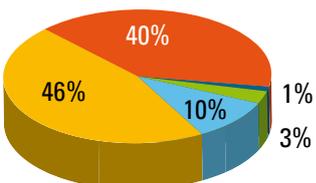
Ritiene utili corsi di educazione sanitaria rivolti al pubblico (ad esempio: diabete, alimentazione, primo soccorso)?



■ non so
■ insufficiente/inutile ■ buono/molto utile
■ sufficiente/utile ■ ottimo/utilissimo

7

Come giudica la possibilità di poter fissare la visita su appuntamento?



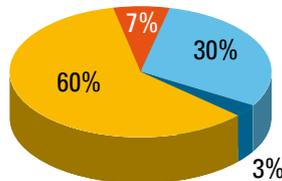
■ non so
■ insufficiente/inutile ■ buono/molto utile
■ sufficiente/utile ■ ottimo/utilissimo

sistema di prenotazione. Consci della difficoltà dei pazienti nel prenotare le visite - attualmente evase da una sola persona - sia direttamente alla reception sia telefonicamente, si è chiesto all'utenza di pronunciarsi su una o più preferenze (domanda 8). Il 60% preferisce la prenotazione solo tramite telefono attivo dalle 8 alle 20; il 30% opterebbe per la prenotazione telefonica e l'accesso diretto alla reception dalle 8 alle 12. Più di uno degli intervistati ha richiesto una migliore delucidazione del quesito, preoccupato che il momento della prenotazione, anticamera del rapporto medico-paziente, diventasse un automatismo e perdesse quel lato

8

Per quanto riguarda la prenotazione delle visite ambulatoriali è più favorevole ad un efficiente servizio di:

■ sola prenotazione telefonica 8-20
■ sola prenotazione recandosi in ambulatorio 8-20
■ prenotazione telefonica e accesso alla reception 8-12
■ non so



umano a cui tutti tengono. C'è stato in queste spiegazioni, come in altre, l'attenzione da parte dei rilevatori di non pilotare le risposte. La possibilità di esprimere un giudizio libero su tale questione è stata colta da 15 pazienti (13%). La maggior parte (46%), ha sfruttato lo spazio per ribadire la propria approvazione, con espressioni, come: "va bene così", "bravi tutti", "io non ho nessuna lamentela, per me va bene così, grazie", "trovo il servizio complessivamente molto buono". Altri, invece, hanno dato consigli o espresso lamentele.

Il tempo di attesa prima della visita nonostante l'accesso su appuntamento è stato segnalato come uno dei punti critici da migliorare insieme alla mancata possibilità di poter prenotare le visite lungo tutto l'arco della giornata. Una persona richiede una visita quindicinale per le persone anziane, un'altra un tempo maggiore per le visite in ambulatorio, un'altra ancora la possibilità di prenotare le visite specialistiche tramite l'ambulatorio. Il personale ausiliario è definito più volte "gentile e disponibile", ma un'utente ha chiesto qualche sorriso in più.

► Un passo verso la medicina d'iniziativa

Confortati dal gradimento del servizio offerto non si poteva non considerare le criticità evidenziate: la difficoltà nel prendere la linea telefonica per le prenotazioni, il tempo insufficiente per esaudire le richieste di tipo infermieristico, il tempo del medico dedicato ad attività che avrebbero potuto essere svolte da altro personale. Risultati alla mano ci siamo confrontati con l'azienda, la quale ci ha messo a disposizione un *call center*, attivo dalle 8.00 alle 20.00, ottimizzando e alleggerendo di molto l'accesso all'ambulatorio. Quindi una volta affrontati e risolti i problemi organizzativi ci siamo concentrati nell'avviare un vero e proprio audit sugli aspetti riguardanti il processo assistenziale. Abbiamo cominciato ad implementare la sistematica raccolta dati riguardo ad alcune patologie e a confrontarci per mettere in atto comportamenti omogenei indirizzati alla "patologia" e al correlato percorso terapeutico e assistenziale orientato a ridurre la varianza fra medici. Attualmente abbiamo centrato il focus sul diabete (seguendo le linee guida espresse da Amd, Simg, Sid) con la futura possibilità di gestire, con lo stesso spirito e finalità, la codifica e la raccolta dati sullo "scompenso cardiaco" e sulle "patologie tumorali".

Stiamo passando da una "medicina su domanda" ad una "medicina d'iniziativa". Siamo convinti che il percorso intrapreso è la risposta più appropriata alla richiesta di salute attuale, più centrata sulla persona, gradita al paziente e gratificante per il medico ed il personale sanitario.

Bibliografia disponibile su richiesta

Abolizione DPS e legge sulla privacy

L'abolizione della stesura del Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS), sancita dal decreto "Semplificazioni", rappresenta solo un alleggerimento delle modalità inerenti agli obblighi ratificati dalla legge sulla privacy

S secondo quanto sancito dal Decreto legge sulle Semplificazioni (DL n. 5 del 9 febbraio 2012, pubblicato in *G.U.* n. 3/2012) anche per i medici e gli odontoiatri non è più obbligatorio redigere entro il 31 marzo di ogni anno il Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS).

In attesa della conversione in legge, si susseguono raccomandazioni e consigli da parte degli Ordine dei Medici sulla necessità di continuare a utilizzare i dati sanitari dei pazienti con la massima riservatezza e il massimo rispetto

del segreto professionale.

Recentemente, sulle implicazioni dell'abolizione del DPS, si è pronunciata anche la SIT (Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica), sottolineando in un comunicato che tutte le regole sulla privacy (D.Lgs. 196/2003 - Codice materia di protezione dei dati personali) sono comunque valide e restano in vigore. In pratica, pur non essendo più obbligatoria la tenuta di un aggiornato DPS, la SIT suggerisce ai medici titolari di trattamento di dati sanitari e sensibili di continuare a te-

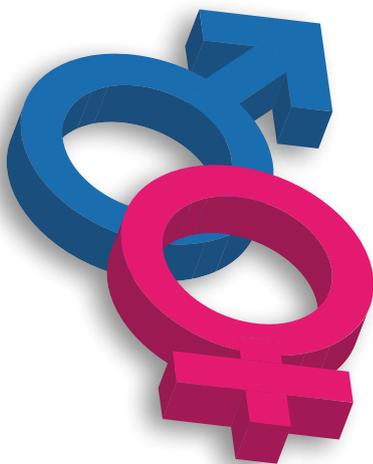
nerne traccia, in modo organico e coordinato, delle misure di sicurezza effettivamente adottate per mantenere la qualità, la correttezza, la disponibilità e l'obbligatoria riservatezza del dato clinico. Questo servirebbe a evitare omissioni o dimenticanze che si potrebbero poi tradurre in penalità e facilitare eventuali verifiche da parte delle autorità. "Perché, ciò che conta ai fini della legge - precisa il comunicato - è l'adozione sostanziale delle misure di sicurezza, al di là di qualsiasi documentazione formale".

Prospettiva di genere nella pratica clinica: dalle parole ai fatti



Un appello alle forze istituzionali, alla politica e alle associazioni affinché la medicina di genere esca dal limbo del riconoscimento teorico e diventi un vero e proprio obiettivo di sanità pubblica per sviluppare e promuovere una politica della salute più equa e sostenibile. Su questa tematica *M.D.* ha intervistato la Prof. Flavia Franconi, Presidente del Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG), in occasione della presentazione a Milano del Manifesto di *Sex-Gender Medicine*

► **Anna Sgritto**



Mettere la propria professione al servizio del sociale e fare delle proprie conoscenze una leva per la costruzione di un accesso più equo e sostenibile alle cure. È questa la finalità che la Prof. **Flavia Franconi** - Presidente Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG), Ordina-

rio di Farmacologia Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Sassari - tiene a esplicitare in prima battuta durante l'intervista rilasciata a *M.D.* in occasione della presentazione a Milano del Manifesto per la Medicina di Genere promosso da Gens, la neonata piattaforma italiana per la medicina di genere, costituita da Donne in rete, Equality Italia e GISeG (Gruppo Italiano Salute e Genere).

► **Perché dedica tanto impegno professionale e sociale al riconoscimento della medicina di genere quale obiettivo di sanità pubblica?**

“La mia partecipazione attiva nel promuovere la medicina di genere è potuta diventare realtà nel momento in cui mi sono potuta affrancare dal mio ruolo di madre.

Quando mio figlio si è laureato ho pensato di essere finalmente libera e di dedicare parte delle mie energie nel sociale. Un desiderio che ho dovuto accantonare per un po'. Declinare il mio impegno professionale universitario con quello genitoriale non mi lasciava molti margini di tempo.

Ho deciso allora che era venuto il tempo di applicare le mie conoscenze in un ambito in cui ce n'era bisogno. La mia esperienza lavorativa mi aveva più volte fatto notare una carenza di studi clinici nelle donne e preclinici negli animali femmina. Partendo da questa considerazione ho cominciato a spostare sempre di più la mia attenzione sulla medicina di genere e a cercare di capire cosa fare per promuovere una ricerca farmacologica più inclusiva e capace di contemplare le differenze di genere”.

► **Quali sono state le difficoltà iniziali che ha incontrato in questo nuovo approccio?**

“Le prime difficoltà che ho incontrato sono state di carattere metodologico e, devo dire del tutto inaspettate. Ma proprio queste difficoltà hanno permesso di poter dare vita ad una vera e propria innovazione. L’inserimento delle donne negli studi clinici infatti pone la necessità di implementare l’analisi dei dati in maniera genere-mirata. La farmacologia di genere deve infatti considerare le variazioni fisiologiche della donna che avvengono in funzione della ciclicità della vita riproduttiva. Molte donne in età fertile (circa un terzo della popolazione italiana) usano anticoncezionali a base di estro-progestinici e l’uso prolungato di contraccettivi orali può portare, ad esempio alla riduzione di efficacia di alcuni farmaci quali la carbazepina, la fenitoina, la rifampicina ed ad un’alterata risposta del sistema GABAergico. Quindi, quando andiamo a considerare le differenze di genere dobbiamo considerare sia le donne trattate con estro-progestinici sia le donne non trattate. Le differenze di genere però non interessano solo la donna adulta, ma comprendono anche le bambine. Inoltre non va dimenticato che, per una corretta individuazione delle differenze di genere è necessario affrontare anche le interazioni farmaco-farmaco e farmaco-nutriente, farmaco-rimedio botanico. La problematica è alquanto significativa perché le donne sono le più grandi consumatrici di farmaci etici e non. Fare medicina di genere però non significa solo arruolare le donne negli studi clinici, ma trovare il disegno dello studio clinico che permetta

di evidenziare le differenze e le somiglianze di genere. Riuscire ad offrire ai ricercatori strumenti concettuali e pratici in grado di inglobare la dimensione sessuale e quella di genere nei programmi di ricerca biomedica e sanitaria è una delle sfide da affrontare per attuare la medicina di genere. L’introduzione del concetto di genere nella ricerca biomedica infatti richiede l’adozione di un nuovo paradigma, basato su una definizione alternativa di corpo biologico e capace di prendere in considerazione le complesse interazioni con il contesto sociale che lo modellano”.

► **Quindi oggi è ancora importante sottolineare che la medicina di genere non è la medicina delle donne?**

“Sicuramente sì, soprattutto quando ci si rivolge ai non addetti ai lavori è necessario evidenziare che la medicina di genere prende in considerazione uomini e donne al di là degli stereotipi e promuove all’interno della ricerca medica e farmacologica l’attenzione alle differenze biologiche, psicologiche e culturali che vi sono tra i due sessi. Per molto tempo nella ricerca biomedica e sanitaria il significato di genere è stato tutt’uno con il significato di sesso. Il contesto sociale di genere è stato trascurato a favore dell’assunto che la diversità di esiti in tema di salute sia il risultato di differenze biologiche tra uomini e donne. Il concetto di genere invece implica un approccio complesso che ha permesso di indirizzare l’attenzione dei ricercatori su come le vite e la salute di uomini e donne siano modellate da relazioni di genere multiple e diseguali offrendo così un contributo essenziale alla spiegazione delle

differenze sessuali di varie malattie. Pensiamo, per esempio a come è cambiato l’approccio all’osteoporosi. Attualmente la differenza di massa ossea tra uomini e donne non è più vista come il mero prodotto di differenze di sesso bensì come l’esito congiunto di fattori biologici e altri fattori strettamente legati al genere, come l’attività fisica, il cibo e lo stile di vita”.

► **Quali sono le priorità da attuare per vincere definitivamente il pregiudizio di genere?**

“I dati di una recente indagine: *Conoscenza, rilevanza e prospettive della medicina di genere in Italia*, presentata a Roma nel corso di un simposio organizzato da GISeG insieme a Novartis, che ha coinvolto specialisti e decisori sanitari, sono incoraggianti e fanno pensare che ci siano buoni margini per una svolta di genere nella sanità italiana. Il sistema sanitario, attraverso i suoi attori, si mostrano consapevoli e pronti ad adottarne i principi. Ciò non toglie che sia necessario intervenire per aumentare la partecipazione dell’universo femminile ai trial, soprattutto di fase 1. Il rifiuto del femminile coinvolge anche gli animali da esperimento: prevalgono infatti gli studi portati avanti solo con un singolo sesso, con un rapporto maschi-femmine di 5.5 a uno. C’è bisogno di contemplare l’ambiente, considerando le connessioni sociali dei soggetti alla ricerca. Sarebbe inoltre importante introdurre la medicina di genere come insegnamento universitario: attualmente esistono solo alcuni dottorati, che però riguardano medici già specializzati. I medici di famiglia, invece, non studiano questo argomento, che è molto importante

Manifesto di Sex-Gender Medicine



Questo manifesto s'ispira a una serie di documenti internazionali, li integra con le esperienze italiane ed esplicita le azioni per migliorare la ricerca e l'innovazione, per sviluppare un cambiamento strutturale necessario per promuovere l'equità di genere.

1. Solide ragioni scientifiche evidenziano come le disuguaglianze di genere possono avere un impatto negativo sulla qualità della ricerca. È evidente, almeno in Europa, che si è fallito nel sostenere e promuovere le donne nella stessa misura degli uomini: oggi, in UE, meno del 20% dei posti di ricercatore senior sono occupati dalle donne. La Commissione Europea e i politici italiani devono intraprendere iniziative per implementare l'entrata delle donne nelle posizioni apicali della scienza, nei comitati che controllano l'erogazione dei fondi (sia a livello privato che pubblico) sia negli editoriali delle riviste ecc., per raggiungere l'equità di genere nella ricerca scientifica. Si potrebbe garantire, a tal fine, che i singoli impegni di bilancio degli enti deputati alla ricerca anticipino i costi dell'integrazione della dimensione di genere come parte del progetto di ricerca e di processo.

2. Promuovere una ricerca interdisciplinare e più bilanciata rispetto al genere. Una ricerca che sia quindi maggiormente basata su logiche di collaborazione in team (abbandonando e/o modificando i modelli tradizionali deputati alla produzione di conoscenza), tesa a sviluppare un sistema collaborativo e cooperativo che accolga i diversi stili di leadership e che adotti criteri di valutazione corretti rispetto al valore di tutte le persone coinvolte. Un'equipe di ricercatori di entrambi i generi migliora la qualità della ricerca, perché la ricchezza delle idee aumenta l'eccellenza scientifica e l'intelligenza collettiva. Inoltre, la sensibilità di genere migliora le opportunità per stimolare il processo di ricerca basato sui bisogni degli uomini e delle donne.

3. La ricerca interdisciplinare richiede di sviluppare criteri atti a valutare il lavoro interdisciplinare. Con approcci e criteri diversi

per definire l'eccellenza; tutto ciò deve essere considerato, così da non costruire disuguaglianze fra le varie discipline.

4. Promuovere la ricerca su temi che portino benefici per entrambi i generi. Aumentare la sensibilità di genere, significa anche migliorare e stimolare il processo di ricerca.

5. Le evidenze scientifiche della differenze tra i due generi sono oramai numerosissime. Pertanto, per arrivare all'eccellenza, i finanziatori, i valutatori, i revisori della ricerca ecc. dovrebbero chiedere agli esperti del settore ise e come il fattore sesso-genere è rilevante negli obiettivi e nella metodologia del progetto.

6. Inserire il genere nei curricula studiorum a tutti i livelli. L'obiettivo finale è quello di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sul fattore sesso-genere.

7. Garantire che i prodotti e i servizi derivanti dalla ricerca siano efficaci e sicuri, sia negli uomini che nelle donne. Per poter fornire ad entrambi i generi la migliore cura possibile, dovrebbero essere valutate, se, come e quanto le differenze di sesso e di genere evidenziate siano rilevanti per la salute e la medicina.

Ai pazienti, agli operatori sanitari dovrebbe essere data la possibilità di accedere ai dati relativi alle differenze al sesso-genere, per migliorare la consapevolezza della diversità nell'uso dei farmaci, dei medical device e di altri approcci terapeutici, costruendo anche specifici percorsi diagnosticoterapeutici di sesso-genere.

8. Creare ambienti di lavoro flessibili e che supportino in modo equo le carriere di donne e uomini. Affinché le specificità di genere siano ben gestite nei luoghi di lavoro, è basilare dare ad uomini e donne la possibilità di coniugare il loro lavoro con i propri stili di vita.

9. Promuovere incentivi per la ricerca di sesso-genere per arrivare all'equità della cura.



anche nella pratica clinica perché, per esempio, la prevenzione cardiovascolare va fatta in modo diverso fra uomini e donne. Possono sembrare delle ovvietà, ma non lo sono. Per esempio basti pensare che le *Cochrane systematic reviews*, pietre miliari della medicina basata sull'evidenza, non considerano il genere (Doull M, VE Runnels, Tudiver S M. *Cochrane review* sistematiche sulle malattie cardiovascolari. *J Womens Health (Larchmt)* 2010; 19: 997-1003). Inoltre non bisogna dimenticare che l'Italia è 74esima, su 174, nella classifica mondiale stilata dal '*Global Gender Gap*' *World Economic Forum 2011* che misura il *gap* di genere. Siamo preceduti anche dal Bangladesh, questa posizione la si deve anche alle problematiche relative alla salute. Nell'epoca delle cure personalizzate è tempo che la medicina e la ricerca si rendano conto che la donna e l'uomo sono due entità diverse e che entrambi hanno il diritto alla miglior cura possibile.

Nessuno si sorprende se le gare olimpiche, come quelle che vedremo a Londra questa estate, si dividono tra categoria maschile e femminile. È sorprendente invece che nel 2012 non ci sia ancora una medicina e una ricerca scientifica che rispetti pienamente questa distinzione".

► **Il Manifesto di Sex-Gender Medicine è un appello alle forze istituzionali, politiche e al mondo delle associazioni affinché la medicina di genere sia parte integrante del nostro Ssn...**

"La medicina di genere si inserisce a pieno titolo nel percorso verso una migliore appropriatezza delle terapie che rappresenta l'unica possibilità per coniugare innovazione e sostenibilità di sistema nel medio periodo e rappresenta il primo passo verso la medicina personalizzata di un prossimo futuro. La sua attuazione deve perciò diventare un obiettivo di sanità pubblica per ottimizzare

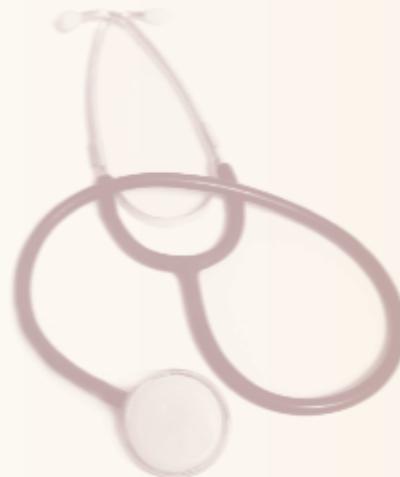
gli *outcome* di cura per i pazienti e ridurre i costi evitabili per il Ssn. Soprattutto in un momento storico in cui i sistemi di welfare sono messi a dura prova, la medicina di genere assume un ruolo significativo e fondamentale. Per questo motivo si ha bisogno di un impegno bipartisan delle forze politiche e istituzionali. L'adesione al Manifesto da parte di deputati, senatori, parlamentari europei e consiglieri regionali è il primo passo di un assunzione di responsabilità politica ad affrontare i nove punti evidenziati nel documento".

www.qr-link.it/video/0312



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

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **DIABETOLOGIA**

Trattamento del diabete di tipo 2: linee guida per la terapia orale

■ **DISLIPIDEMIE**

Raggiungimento dei livelli di C-LDL nella pratica reale

■ **IMAGING**

Riduzione delle radiazioni ionizzanti nella diagnostica per immagini

■ **MALATTIE INFETTIVE**

Infezioni sessualmente trasmesse negli adulti in aumento in Italia

■ **NEFROLOGIA**

Prevenzione renale: coinvolgimento attivo del Mmg

■ **NEUROLOGIA**

Il "codice ictus" per ridurre il ritardo evitabile

■ **ORTOPEDIA**

Qualità e appropriatezza della chirurgia ortopedica italiana

■ DIABETOLOGIA

Trattamento del diabete di tipo 2: linee guida per la terapia orale

La gestione ottimale del diabete di tipo 2 con terapie farmacologiche e non farmacologiche è molto importante e comprende l'educazione del paziente, la valutazione di eventuali complicazioni micro e macrovascolari presenti, il trattamento della glicemia e la minimizzazione del rischio cardiovascolare.

Nell'edizione 2012 delle linee guida l'American College of Physicians (ACP) (*Ann Intern Med* 2012; 156: 218-31), ha ribadito la raccomandazione per i medici di iniziare un trattamento ipoglicemizzante orale quando la dieta e lo stile di vita non sono sufficienti a raggiungere il target terapeutico; il primo ipoglicemizzante da considerare dovrebbe essere la metformina a cui va associato un secondo ipoglicemizzante orale se i livelli di glicemia desiderati non sono ancora raggiunti.

Il documento, basato sulla revisione della letteratura pubblicata tra il 1966 e il 2010, si è concentrato su lavori i cui risultati clinici includevano mortalità per tutte le cause, morbilità e mortalità cardiovascolare, morbilità cerebrovascolare, neuropatia, nefropatia e retinopatia. Queste linee guida hanno classificato le evidenze e le raccomandazioni utilizzando il



sistema di valutazione dell'American College of Physicians. Se l'approccio terapeutico farmacologico è un momento fondamentale nella gestione del paziente diabetico, il momento in cui questo deve essere posto in atto non ha una scadenza definita ma deve essere stabilito in funzione di evitare al paziente un eccessivo peso della malattia e delle sue complicanze.

Saranno quindi la presenza di altri fattori (aspettativa di vita del paziente, presenza o assenza di complicanze micro e macrovascolari, rischio di eventi avversi correlati al controllo glicemico, preferenze del paziente) a definire il momento in cui le terapie farmacologiche vanno aggiunte agli interventi sullo stile di vita. L'obiettivo di emoglobina glicata deve essere

stabilito in funzione di una valutazione individuale del rischio di complicazioni derivate dal diabete, delle comorbidità, dell'aspettativa di vita e delle preferenze espresse dal paziente.

L'evidenza mostra che la maggior parte dei farmaci antidiabetici riduce i livelli di emoglobina glicata a valori simili, tuttavia, l'iniziale trattamento farmacologico è bene sia impostato utilizzando come prima scelta la metformina, in quanto molecola dotata, rispetto ad altre classi di farmaci, di una maggiore efficacia nella riduzione della glicemia senza essere associata ad incremento ponderale. Sembra piuttosto determinare una riduzione del peso insieme a un abbassamento dei livelli di colesterolo LDL e dei trigliceridi.

Determina inoltre una leggera riduzione della mortalità totale e di quella cardiovascolare, risulta associata a una minore incidenza di episodi ipoglicemici ed ha un costo più basso rispetto ad altri ipoglicemizzanti. Trova tuttavia alcune controindicazioni che sono la presenza di un'alterata funzionalità renale, la ridotta perfusione tissutale o l'instabilità emodinamica, la malattia epatica, l'abuso di alcool, lo scompenso cardiaco e ogni altra condizione che può generare acidosi lattica.

Ultima importante raccomandazione è quella di associare un secondo farmaco ipoglicemizzante orale nei pazienti con iperglicemia persistente, in genere appartenente alla classe delle sulfaniluree, quando le modifiche dello stile di vita e la monoterapia con metformina non riescano a controllare l'iperglicemia.

■ DISLIPIDEMIE

Raggiungimento dei livelli di C-LDL nella pratica reale

Nella pratica clinica reale oltre la metà dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare che necessitano di una riduzione di colesterolo LDL >50% vengono trattati in modo inappropriato e hanno un'aderenza alla terapia insufficiente.

Tale evidenza è emersa dai risultati dello studio osservazionale STAR (Statins Target Assessment In Real Practice) condotto in 5 Asl di tre Regioni italiane incrociando i dati di ricovero con quelli di laboratorio per acquisire i valori colesterolemici.

Duplica l'obiettivo dello studio: da un lato valutare quali sono i fattori che condizionano il raggiungimento del target lipidico nei pazienti ipercolesterolemici dall'altro verificare se le linee guida di riferimento, in termini di utilizzo delle molecole indicate e appropriati dosaggi, sono correttamente applicate in un setting di pratica clinica.

Lo studio, della durata di un anno, è stato condotto su 912 pazienti (età media 63 anni, 39% uomini), le cui caratteristiche sono illustrate in *tabella*.

► Risultati

I risultati hanno dimostrato che, con particolare riferimento ai pazienti a particolare rischio cardiovascolare (diabetici, con pregressa malattia cardiovascolare, con colesterolo al basale >50% rispetto al target) l'uso delle statine indicate è ridotto: meno della metà di questi pazienti utilizzano le molecole suggerite dalla stessa nota Aifa n. 13.

Sempre in merito alla trasferibilità delle linee guida in pratica clinica lo studio evidenzia anche che in questi pazienti vengono utilizzati dosaggi che non corrispondono a quelli raccomandati.

Inoltre i farmaci non vengono utilizzati in modo continuativo.

I risultati dello studio STAR hanno dimostrato quanto atteso: nei pazienti a rischio cardiovascolare molto elevato l'utilizzo appropriato di statine efficaci così come suggerito dalle linee guida e l'aderenza alla terapia sono fattori chiave per il raggiungimento del target terapeutico, e quindi per la corretta prevenzione cardiovascolare.

Caratteristiche dei pazienti arruolati

	Necessaria riduzione $\geq 50\%$ C-LDL		
	No	Si	
Prevenzione secondaria			
• CV	551	48	8.0%
• Diabete	392	25	6.0%
• CV+Diabete	137	36	20.8%
Prevenzione primaria			
• Dislipidemie familiari	78	776	90.9%
• Altri	1.162	27	2.3%
	1.320	912	28.2%

www.qr-link.it/video/0312



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

■ IMAGING

Riduzione delle radiazioni ionizzanti nella diagnostica per immagini

Fino a una decina di anni fa le innovazioni tecnologiche in ambito radiologico avevano soprattutto l'obiettivo di raggiungere un'ottima qualità delle immagini, tralasciando gli aspetti dosimetrici. Oggi la situazione è cambiata e l'interesse della comunità radiologica mondiale per le innovazioni tecnologiche va in parallelo con l'obiettivo della riduzione delle radiazioni ionizzanti assorbite dai pazienti durante le diverse procedure, soprattutto diagnostiche.

È con questi presupposti che è stata messa a punto dalla Società Aerospaziale francese una nuova metodica di diagnostica per immagini da affiancare alla radiografia standard. EOS, è questo il nome del macchinario da poco fruibile anche in Italia (per ora all'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, MI) consente di studiare la colonna vertebrale e gli arti inferiori in posizione eretta, con la massima precisione e una dose di raggi <90% rispetto ad una TAC e di 8 volte rispetto ad una radiografia tradizionale.

▶ Ambiti di utilizzo

Il sofisticato software di post processing di cui è dotata l'apparec-

chiatura consente anche di ricostruire lo scheletro intero in 3D, garantendo una valutazione di alta precisione delle curvature della colonna vertebrale, e uno studio degli aspetti posturali dei pazienti, in particolare di bambini ed anziani, difficilmente valutabili con le tecniche tradizionali.

“L'utilizzo di EOS - spiega il Dott. **Luca Balzarini**, responsabile dell'Unità Operativa di Radiologia Diagnostica di Humanitas - è particolarmente vantaggioso nei giovani pazienti portatori di patologie della colonna vertebrale che necessitano di un follow-up ripetuto nel tempo. Nel caso, per esempio, di un bambino affetto da scoliosi, poter effettuare il necessario monitoraggio costante (circa ogni 6 mesi) con una dose minima di radiazioni è fondamentale”.

In campo neurochirurgico la rappresentazione della colonna in 3D permette di ricostruire tutte le anomalie angolari di carico che hanno interessato questa zona e quella del bacino nel corso degli anni. In questo modo è possibile non solo studiare le malattie degenerative dovute all'età medio-avanzata, ma anche risalire alle origini del problema. Si stima infatti che il 90% di

queste problematiche, oggi sempre più frequenti dato l'invecchiamento della popolazione, sia espressione di un carico anomalo della colonna in fase precedente. Il neurochirurgo può quindi stabilire con estrema precisione l'entità del danno subito dal paziente e valutarne la possibile evoluzione.

EOS consente di acquisire immagini del paziente in piedi, senza ingrandimenti né distorsioni verticali, dunque anche estremamente accurate e utili per la pianificazione di eventuali interventi chirurgici in particolare sulla colonna, sull'anca e sul ginocchio. Nel caso dell'impianto di una protesi d'anca, ad esempio, il chirurgo, basandosi su immagini in scala 1:1 può definire con maggior precisione il planning operatorio e le corrette dimensioni della protesi da utilizzare. Senza, come invece accade con le normali immagini radiologiche, dover rielaborare i dati acquisiti traducendoli in scala reale.

La visione tridimensionale, inoltre, evita distorsioni e consente misurazioni reali delle deviazioni assiali degli arti, cosa impossibile con radiografie standard anche total body.

www.qr-link.it/video/0312



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

■ MALATTIE INFETTIVE

Infezioni sessualmente trasmesse negli adulti in aumento in Italia

La mancanza di percezione del rischio e il senso di sicurezza dato dall'esperienza sono tra le cause della diffusione delle infezioni sessualmente trasmesse (Ist) tra gli adulti ultracinquantenni, che è stata registrata negli ultimi anni. Secondo quanto osservato dall'organo di sorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità sulle infezioni da HIV/Aids e sulle Ist portato avanti dal Centro operativo Aids (Coa), le Ist stanno infatti aumentando proprio nella fascia di età compresa tra i 45 e i 65 anni, dove si registra un incremento dell'incidenza anche di 10 volte.

► Aumento delle Ist in Italia

Sulla sifilide, per esempio, tra il 2001 e il 2009 la sorveglianza delle Ist ha registrato nel nostro Paese un aumento di 10 volte delle infezioni per gli over 45, che costituiscono ormai un quarto dei casi totali. In questa fascia d'età, i più colpiti sono gli uomini, perché la patologia colpisce principalmente gli omosessuali.

Tra i giovani, invece, i casi di sifilide sono aumentati di 2 o 3 volte al massimo. I dati relativi al periodo 2004-2009 su gonorrea e condilomi

mostrano un raddoppio del numero di casi tra gli adulti ultra45enni, mentre la clamidia rimane diffusa soprattutto tra i giovanissimi. La sorveglianza Coa mostra inoltre che nel ventennio 1990-2010 i nuovi casi di HIV tra gli over50 sono aumentati del 25% mentre nelle altre fasce di età l'incidenza è diminuita di 4 volte.

► Fattori che concorrono alla diffusione delle Ist

Ma perché gli adulti ultracinquantenni sono così a rischio? Secondo **Barbara Suligoi** del Centro operativo Aids sono molti i fattori che concorrono alla diffusione delle Ist in questa fascia d'età. Tra questi:

- allungamento della vita media;
- aumento dei divorzi e quindi dei

nuovi rapporti;

- senso di sicurezza dato dall'età e dall'esperienza;

- introduzione dei farmaci che combattono le disfunzioni erettili e allungando i tempi di vita sessuale della popolazione maschile;

- frequenti rapporti di molti uomini maturi con le prostitute, serbatoio significativo per le infezioni di questo tipo;

- non sottoporsi regolarmente al test per l'HIV/Aids (problema che può generare anche una sottostima dei casi);

- minore informazione sulle Ist rispetto ai giovani, dovuta alla poca considerazione di questa fascia di popolazione dei messaggi di prevenzione ed educazione;

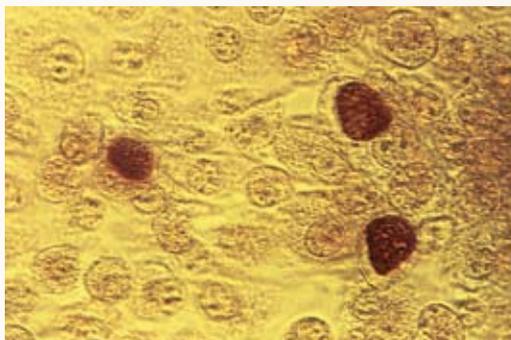
- essere meno propensi a parlare della propria vita sessuale con il medico;

- minore attenzione dei medici alla vita sessuale dei pazienti adulti;

- rischio di confondere i sintomi dell'infezione da HIV/Aids con altri disturbi dell'età.

Dunque appare evidente che è giunto il momento di fare campagne di informazione dedicate anche agli adulti.

Bisogna continuare a educare i giovani perché queste malattie, se non curate, possono dare problemi di fertilità, ma è importante che anche gli adulti e gli anziani si proteggano per una vita sessuale consapevole e senza rischi.



Chlamydia trachomatis

■ NEFROLOGIA

Prevenzione renale: coinvolgimento attivo del Mmg

Sono state presentate recentemente a Roma le *Linee Guida per l'identificazione, prevenzione e gestione della Malattia Renale Cronica*, documento interamente italiano messo a disposizione del medico, soprattutto quello di medicina generale, che diviene un attore di primo piano nell'identificazione precoce della malattia. Obiettivo primario è quello di evitare o almeno ritardare la dialisi, cui si aggiunge anche l'opportunità di scelta di un adeguato iter di approfondimento diagnostico per i pazienti a rischio.

Le Linee Guida, proposte dalla Società Italiana di Nefrologia (SIN), sono state realizzate grazie a una articolata collaborazione di 13 società scientifiche coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità e con la guida di esperti dello stesso Istituto. Il testo integrale della linea guida è disponibile sul sito SNLG-ISS (www.snlg-iss.it), mentre i documenti intermedi di lavoro sono disponibili previa richiesta alla segreteria scientifica (snlg.lineeguida@iss.it).

Una delle novità più importanti delle linee guida è il coinvolgimento attivo, per la prima volta, dei

medici di medicina generale nella diagnosi precoce dei pazienti: dovranno identificare i soggetti a rischio di malattia prima della progressione irreversibile, poi quelli a rischio di peggioramento, ma anche assicurarsi della continuità dei controlli e dell'aderenza alla terapia.

Il riconoscimento precoce delle malattie renali - e quindi il trattamento prima ancora che sia rilevabile una riduzione della funzione del rene - costituiscono un aspetto di fondamentale importanza: si può ridurre l'evoluzione alla dialisi e la comorbilità cardiovascolare, ma si può addirittura arrestare del tutto situazioni iniziali di danno renale e lo sviluppo di malattia renale cronica progressiva.

Gli esami che possono indirizzare ad una diagnosi precoce, l'esame delle urine e della creatinemia, sono semplici, specifici e poco costosi che danno inizio, se alterati, ad una diagnostica ben standardizzata ed efficace. Oltre a consentire una gestione più appropriata della malattia renale cronica, saranno uno strumento utile a favorire una pratica clinica più uniforme ed una gestione più razionale delle risorse economiche.

► Linee guida realizzate da un team multidisciplinare

Il documento è il prodotto di un aggiornamento e adattamento di un precedente documento pubblicato nel 2008 dal National Institute of Clinical Excellence (NICE). Mediante una revisione sistematica della letteratura sono state aggiornate gran parte delle prove del documento originale, mentre le raccomandazioni, sulla base delle nuove prove, sono state adattate al sistema sanitario italiano. Nel documento vengono fornite inoltre risposte a quesiti relativi alla gestione territoriale e ai metodi di informazione e supporto per pazienti e i loro familiari.

Le linee guida si basano su circa mille studi scientifici, e il lavoro è stato realizzato grazie al coinvolgimento di un panel multidisciplinare, costituito da rappresentanti delle principali società scientifiche e associazioni di pazienti del settore ed esperti indipendenti, affiancati da esperti di evidence-based medicine e di metodologia di sviluppo di linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

► Aggiornamenti e revisioni

Sulla base di una revisione sistematica della letteratura posteriore alla pubblicazione delle linee guida inglesi, il panel di esperti ha deciso di focalizzare l'attenzione su 29 quesiti specifici relativi alla malattia renale cronica. I quesiti coprono un vasto raggio di proble-

mi connessi al controllo dell'epidemia di MRC a livello di popolazione, dalla diagnostica alla gestione territoriale della malattia da parte dei medici di famiglia, includendo l'indicazione e la tempistica del deferimento dei nefropatici a specialisti nefrologi.

Il lavoro effettuato ha prodotto un aggiornamento di alcuni quesiti sulla base di una revisione sistematica della letteratura (*tabella 1*), mentre per altri quesiti (impiego delle statine, controllo dei livelli di calcio, vitamina D, fosfato e PTH, bisfosfonati, vitamina D e analoghi, trattamento dell'anemia) è stato effettuato un aggiornamento parziale della letteratura o sono state adottate le raccomandazioni della linea guida NICE, con piccoli adattamenti al differente contesto (indicazioni all'ecografia, criteri per l'invio del paziente allo specialista, interventi sugli stili di vita e sulla dieta, terapie antiaggreganti e anticoagulanti, riduzione farmacologica dell'uricemia, esiti sfavorevoli associati a ematuria microscopica isolata, informazioni da dare al paziente e ai familiari, strumenti necessari nella gestione territoriale per i medici di famiglia e per gli operatori di cure primarie).

Infine, il gruppo di lavoro, nel corso della prima riunione di panel, ha manifestato l'esigenza di includere in questa linea guida indicazioni, non presenti in quella originaria, su quali chelanti del fosforo, se necessario, dovrebbero essere somministrati ai soggetti affetti da MRC.

Tabella 1

Malattia renale cronica: i quesiti aggiornati nelle nuove linee guida

1. Qual è il miglior test diagnostico per valutare la funzionalità renale nella pratica clinica? 
2. Nei soggetti affetti da malattia renale cronica (MRC) qual è la variabilità biologica e analitica della stima del filtrato glomerulare e da quali fattori è influenzata?
3. Quali sono la sensibilità e la specificità delle strisce reattive per individuare proteine e sangue nelle urine dei pazienti?
4. Quali sono i vantaggi, in termini di precisione e di costi, della misura del rapporto albumina/creatinina vs il rapporto proteina/creatinina per quantificare la proteinuria nei soggetti affetti da MRC?
6. Quali valori di filtrato glomerulare influenzano in modo significativo la prognosi dei soggetti con MRC? Qual è l'influenza di età, sesso, etnia o presenza di proteinuria?
7. Quali soggetti dovrebbero essere valutati per la presenza di MRC?
8. Quando la velocità di riduzione del filtrato glomerulare può essere considerata clinicamente significativa nei soggetti affetti da MRC?
9. Quali fattori possono essere associati a incremento della progressione della MRC?
13. Quali sono i valori ottimali per la pressione arteriosa nei soggetti con MRC proteinurica/non proteinurica, utili a rallentare la progressione della malattia e a ridurre i rischi di morbidità e mortalità cardiovascolare? 
14. Quali sono i farmaci antipertensivi più appropriati per rallentare la progressione della malattia e ridurre la mortalità?
15. Dopo l'inizio del trattamento con farmaci inibitori del SRAA (sistema renina angiotensina aldosterone), quali parametri devono essere monitorati e con quale frequenza? Quali valori-soglia dovrebbero suggerire l'interruzione di trattamenti con inibitori del SRAA? 
16. Il rapporto rischio/beneficio degli inibitori del SRAA varia con l'età?
17. Nei soggetti affetti da malattia renale cronica proteinurica o non proteinurica, la mortalità e il rischio di progressione della malattia possono essere ridotti con spironolattone associato o meno a inibitori del SRAA?
19. Nei soggetti affetti da MRC con dislipidemia, gli agenti ipolipemizzanti riducono gli eventi cardiovascolari e la mortalità confrontati con placebo?

■ NEUROLOGIA

Il “codice ictus” per ridurre il ritardo evitabile

I dati epidemiologici sull'ictus cerebrale rendono evidente il significato di questa malattia, come rilevante problema di salute pubblica. L'ictus è una malattia complessa che richiede l'integrazione delle azioni per gestire le diverse fasi che lo caratterizzano: prevenzione, fase acuta e riabilitazione. Se si focalizza l'attenzione sulla fase acuta, il problema rilevante, sia dal punto di vista clinico sia sul versante organizzativo, è individuabile, nel concetto di *ritardo evitabile*. Questa definizione sottolinea il ruolo del momento organizzativo come elemento fondamentale per l'efficienza del processo e per l'esito clinico.

Una buona organizzazione si fonda sull'integrazione delle azioni di diversi soggetti nelle varie fasi del percorso che coinvolgono il paziente, i familiari, il 118 e le strutture ospedaliere riceventi.

Va da sé che è necessario migliorare l'integrazione tra territorio e ospedale e l'interazione tra sistema dell'emergenza-urgenza territoriale e la rete delle Unità di Cura Cerebrovascolari.

Questi concetti chiave e con l'obiettivo principale di ridurre la mortalità e la disabilità rappresentano i prin-

cipi ispiratori del Progetto regionale “L'ictus cerebrale in una macro-area della Regione Lombardia: razionalizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e sviluppo dell'interfaccia territorio-ospedale nelle province di Lecco, Como, Sondrio e Varese”, operativo dal 2009.

Il progetto - spiega **Elio Agostoni**, Stroke Unit dell'AO Niguarda Ca' Granda di Milano e responsabile scientifico del progetto - ha previsto la creazione di una rete operativa di patologia che accompagna il paziente con ictus cerebrale acuto dal territorio all'ospedale, attraverso specifici percorsi guidati dall'assegnazione di un codice di urgenza specifico: il

“codice ictus” per il trasporto e per il triage.

L'attribuzione del codice ictus è la premessa per identificare ed allertare l'ospedale più idoneo e per ottenere l'efficienza del sistema (percorso ictus nei limiti della finestra terapeutica e riduzione del ritardo evitabile) e l'efficacia della cura per una più ampia fascia di pazienti (rivascolarizzazione farmacologica e/o meccanica).

► Risultati

I dati elaborati sono molto incoraggianti e sottolineano il concetto generale che una buona organizzazione è l'elemento determinante per ridurre il ritardo evitabile e per migliorare in modo significativo il percorso ictus.

■ Il codice ictus è stato recepito dal 118 ed è stato applicato in una buona percentuale di pazienti. Questa è una importante innovazione nella cultura e nell'iter procedurale del

Obiettivi del progetto “ictus cerebrale”

1. Correzione del ritardo evitabile per il trattamento trombolitico nell'ictus ischemico in fase acuta (trombolisi sistemica e loco-regionale intra-arteriosa).
2. Organizzazione di una rete operativa interprovinciale per l'emergenza-urgenza nell'ictus.
3. Creazione di un registro interprovinciale delle procedure di trombolisi sistemica e loco-regionale intra-arteriosa.
4. Sviluppo di centri clinici di riferimento interprovinciale (area vasta regionale) per le procedure di rivascolarizzazione intra-arteriosa, al fine di concentrare interventi ad alta complessità in centri ad elevata specializzazione, mantenendo un collegamento efficace ed efficiente con i centri periferici e razionalizzando le risorse umane e tecnologiche.

118, che, con questa modalità, identifica e applica uno specifico codice di patologia.

■ L'applicazione del codice ictus ha contribuito in modo determinante al miglioramento dell'efficienza del

percorso ictus e ha consentito di incrementare la percentuale di trombolisi praticate.

Protocollo gestionale dell'ictus acuto

- Triage - presa in carico
- Valutazione generale immediata
- ABC e segni vitali
- Somministrare O₂ con cannula nasale
- Accesso venoso; esami ematochimici
- ECG

Intervallo di tempo tra l'insorgenza dei sintomi e l'arrivo in Pronto Soccorso

<4 ore e 30 min

Emergenza - CODICE ICTUS
Chiamare **immediatamente** il neurologo

Richiedere TAC encefalo con urgenza
Possibile **trombolisi venosa**

Il neurologo deve seguire **direttamente** l'iter del paziente fino alla decisione terapeutica nella finestra temporale prevista. Nelle ore notturne avvisare il neurologo di guardia per il monitoraggio clinico.

Ricovero

<4 ore e 30 min - 6 ore

Urgenza - CODICE ICTUS
Chiamare **immediatamente** il neurologo

Richiedere TAC encefalo con urgenza
Allertare il neuroradiologo
Possibile **trombolisi intra-arteriosa o meccanica**

>6 ore

Urgenza minore (paziente oltre la finestra terapeutica per la trombolisi)
Chiamare il neurologo

Richiedere TAC encefalo
Rivalutare TAC encefalo
Ricovero in Stroke Unit sulla base dei criteri di ammissione

Azzurro: PS

Giallo: Neurologo

Tratto da "Il Percorso Ictus in Lombardia".
Sistema sanitario Regione Lombardia

TEMPI RACCOMANDATI

Triage - presa in carico	<10 minuti
Esecuzione e referto esami ematochimici	<30 minuti
Valutazione generale immediata	<10 minuti
Valutazione neurologica e NIHSS	<10/15 minuti
Esecuzione e valutazione TAC encefalo	<10/25 minuti
Consenso informato terapia trombolitica	<5/15 minuti
TEMPO DOOR TO NEEDLE	<45/90 minuti

www.qr-link.it/video/0312



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

■ ORTOPEDIA

Qualità e appropriatezza della chirurgia ortopedica italiana

Un'indagine promossa da SIOT e SIA dimostra che, dopo l'intervento chirurgico, i pazienti hanno una minore richiesta di prestazioni assistenziali e una domanda progressivamente decrescente di farmaci rispetto al periodo antecedente l'intervento. La buona qualità procedurale dell'intervento è, inoltre, il passaporto per una bassa percentuale di re-interventi

Riduzione del costo diretto di malattia e del consumo di prestazioni assistenziali. È questo il dato che emerge dalla ricerca promossa dalla Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) e dalla Società Italiana di Artroscopia (SIA).

Nel caso di impianti di protesi, i costi diretti della malattia nei tre anni successivi all'intervento rispetto all'anno precedente si abbassano, sia in termini di trattamenti farmacologici che di prestazioni specialistiche, rispettivamente del 73% e del 59%. Inoltre, l'intervento di protesizzazione sembra interrompere il trend di crescita del consumo di prestazioni assistenziali che si riscontra nei quattro anni precedenti all'operazione.

Anche sul fronte dell'artroscopia si osserva una riduzione del costo diretto di malattia del 56% per i trattamenti farmacologici e del 76% per le prestazioni specialistiche. L'intervento di artroscopia, inoltre, sembra interrompere un fenomeno di incremento del consumo di prestazioni assistenziali: risulta infatti che i pazienti, nell'anno immediatamente prima dell'operazione, si sottopongono a visite specialistiche con una frequenza 5 volte superiore al quarto anno precedente l'intervento.

Un secondo punto di interesse dello studio è rappresentato dal numero di re-interventi a cui sono stati sottoposti i pazienti, particolarmente ridotto nei tre anni successivi sia per la protesizzazione che per l'artroscopia, fenomeno ragionevolmente spiegato dalla buona qualità procedurale dell'intervento originario.

Per quanto riguarda i casi di protesizzazione, nei tre anni successivi alla prima operazione, in media per il 95% dei pazienti non si è reso necessario un re-intervento per revisione, rimozione o lussazione. Per quanto riguarda i pazienti sottoposti ad intervento di artroscopia, in oltre il 90% dei casi non si è proceduto a un secondo intervento nel triennio successivo e solamente il 4.7% ha subito un successivo intervento di protesi.

In conclusione, dalla ricerca si evince come un appropriato intervento di chirurgia ortopedica, quando valutato necessario dallo specialista, restituisca al paziente salute e migliore qualità di vita.

“Da questa ricerca sono emersi risultati davvero importanti che dimostrano la forte competenza del chirurgo e i grandi progressi tecnologici e scientifici registrati negli ultimi anni dalla chirurgia ortopedica italiana che oggi dialoga alla pari con i sistemi professionali e tecnologici più avanzati del mondo”, ha affermato **Marco d'Imporzano**, Presidente Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia. La chirurgia italiana può contare su materiali, dispositivi e metodiche assolutamente innovative che ci consentono di svolgere il nostro compito in modo ottimale. Ma è necessario rendere

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

nota questa realtà e chiedere alle istituzioni che le società scientifiche siano viste come partner imprescindibili nei processi decisionali istituzionali, amministrativi ed economici al fine di migliorare l'offerta di salute ai cittadini". "Gli spunti critici che questa ricerca ci offre sono relativi alle indicazioni di appropriatezza clinica e di complessiva compatibilità economica e sociale, regole di sistema, possibili percorsi organizzativi" - ha spiegato **Raul Zini**, Past President Società Italiana di Artroscopia. Questi risultati hanno, inoltre, stimolato le società

scientifiche a richiedere una collaborazione costante nella determinazione di strategie complessive e azioni mirate. Per questo oggi abbiamo proposto alle istituzioni la costituzione di un tavolo tecnico composto da società scientifiche, Ministero, Istituto Superiore di Sanità, Agenas, Regioni, che possa definire: il monitoraggio dell'appropriatezza delle indicazioni e delle principali procedure di chirurgia ortopedica semplici e complesse, l'avvio di un processo condiviso per individuare i criteri che definiscano i centri di eccellenza, la realizzazione di corsi

di formazione specifici, l'adesione al Registro Unico delle Patologie Articolari Complesse (RUPAC), da utilizzarsi come sistema di controllo".

www.qr-link.it/video/0312



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

QR-Code



Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione femminile

Obiettivo della ricerca, condotta nell'Ambulatorio Ipertensione Arteriosa e Prevenzione Cardiovascolare dell'Asl Torino 5, è stato di valutare la differente prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare fra uomini e donne. È stato rilevato che la presenza di fattori di rischio cardiovascolare è percentualmente maggiore nelle donne. Ancora oggi, vi è una minore consapevolezza, sia dei medici sia della donna stessa, dimostrata dal ritardo di presentazione delle donne, rispetto agli uomini, all'osservazione clinica per la prevenzione cardiovascolare

Antonio Ferrero
Maria Teresa Spinnler
 S.C. Cardiologia
 ASL T05
 CdL Professioni Sanitarie
 Università degli Studi di Torino

La cardiopatia ischemica (CAD) è stata a lungo considerata una prerogativa maschile a causa della minore prevalenza della malattia nelle donne in età premenopausale, della difficoltà a interpretare i sintomi cardiovascolari nelle donne e soprattutto per carenza di studi specifici nella popolazione femminile e per la bassa percentuale di donne arruolate nei trial (figura 1).

La minore incidenza di eventi cardiovascolari nelle donne in età fertile è associata agli effetti protettivi esercitati dagli estrogeni, caratterizzati da:

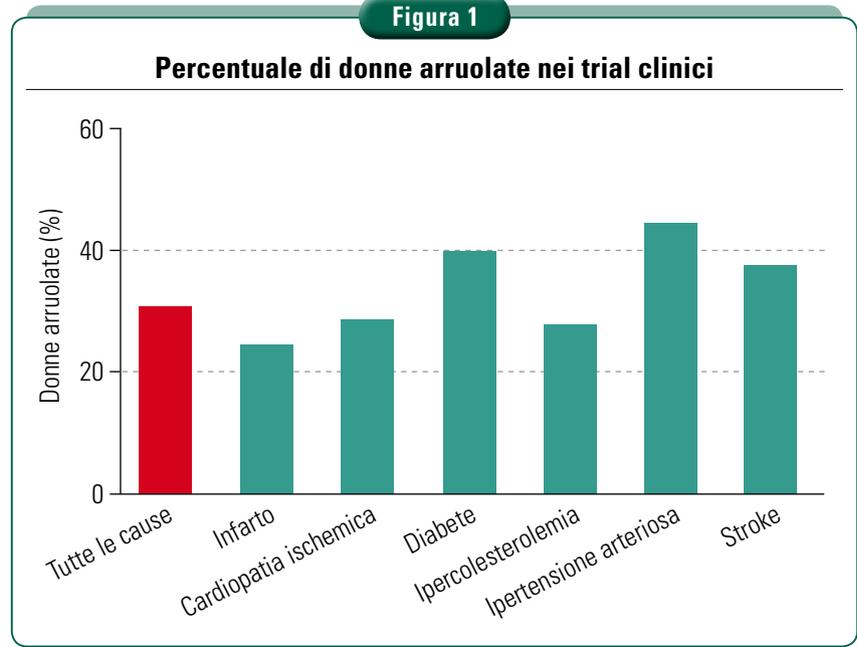
- azione antiossidante;
- inibizione della proliferazione cellulare;
- miglioramento della funzione endo-

teliale e dell'equilibrio emostatico;

- modulazione favorevole del sistema RAA;
- riduzione dei livelli di LDL-LP (a) - APO A1 APO B e aumento HDL.

Tuttavia, è ormai acclarato che nella donna in età post-menopausale la CAD è la prima causa di morte e di ospedalizzazione con tasso pari al 39% dei decessi nel sesso femminile contro il 32% dei decessi nel sesso maschile negli Stati Uniti e, in Italia, con un tasso di mortalità del 46.8% contro il 37.5%. Tutto questo assume particolare rilievo sul piano epidemiologico, diagnostico e di programmazione sanitaria, in quanto l'aspettativa di vita media nella donna è comunque maggiore, ma il rapporto costo/be-

Figura 1



nefici degli atti medici è inferiore a quello dell'uomo e vi è dispersione di risorse nel tentativo di adattare alla donna quello che è efficace nell'uomo, sia dal punto di vista diagnostico sia terapeutico.

Inoltre la prevalenza e l'impatto dei fattori di rischio cardiovascolari (FRC) sono, secondo i dati della letteratura, diversi nei soggetti di sesso femminile essendo maggiore nelle donne il rischio relativo di sviluppare diabete, ipertrigliceridemia e bassi valori di colesterolo HDL.

Anche il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari appare maggiore nelle donne a parità di FRC: per quanto riguarda il diabete, la mortalità per CAD è 3-5 volte maggiore nella donna diabetica rispetto alla non diabetica, mentre negli uomini l'incremento del rischio è di 2-3 volte.

La prevalenza dell'ipertensione arteriosa aumenta con l'età: 22% sotto i 45 anni, 40% tra 50 e 60 anni, oltre il 50% sopra i 60 anni e nella donna vi è maggior associazione tra ipertensione e CAD (aumento del rischio 3.5 volte rispetto ai maschi).

Anche l'obesità (definita come BMI >29 kg/m²), riscontrabile nel 30-40% delle donne in menopausa, determina nella donna un rischio tre volte maggiore di CAD rispetto all'uomo e si associa ad insulino-resistenza, aumento LDL e aumento del catabolismo delle HDL e ad inattività fisica, riscontrabile nel 48% delle donne in menopausa.

► Materiali e metodi

Allo scopo di valutare la differente prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare fra soggetti di sesso femminile e maschile è stato valutato un campione di 228 pazienti (122 maschi e 96 femmine) visitati, per la prima volta, su richiesta del

Tabella 1
Presenza (%) dei fattori di rischio coronarico nel campione esaminato

	Donne	Uomini
• Ipertensione	76.1%	62.6%
• Ipercolesterolemia	43.3%	37.3%
• Obesità	54.3%	40.4%
• Diabete	17.8%	8.7%
• IFG	26.1%	15.8%
• Ipertrigliceridemia	21.7%	33.3%
• Basso HDL	21.2%	26.1%
• Fumo	21.9%	42.1%

medico curante, presso l'Ambulatorio Ipertensione Arteriosa e Prevenzione Cardiovascolare della struttura complessa di Cardiologia dell'Azienda Sanitaria Locale TO 5, Ospedale Santa Croce di Moncalieri.

L'età media delle donne era 63.1 ± 10.3 anni, mentre i pazienti di sesso maschile avevano un'età media pari a 58.9 ± 11.8 anni.

Considerando queste due coorti di pazienti abbiamo rilevato la presenza percentuale dei fattori di rischio coronarico (tabella 1).

► Analisi statistica

Per verificare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative fra i due gruppi abbiamo valutato i dati di prevalenza dei singoli fattori di rischio ottenuti nei due gruppi, valutandoli col test del confronto fra proporzioni (z test).

Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda la prevalenza di ipercolesterolemia (p=0.44), bassi valori di colesterolo HDL (p=0.48), obesità (p=0.55) e ipertrigliceridemia (p=0.07).

Viceversa l'ipertensione arteriosa è risultata più significativamente presente nella popolazione femminile (p<0.05%) e ancora più evidente è

stata la maggior prevalenza di diabete (p<0.001); l'abitudine al fumo di sigaretta era invece significativamente maggiore nei maschi (p=0.002).

Un dato a nostro avviso importante è quello riguardante l'età. Risulta infatti che le donne si presentano all'osservazione medica per prevenzione cardiovascolare in età significativamente più avanzata rispetto agli uomini: 63.1+/- 10.3 vs 58.5 +/- 11.8 (p<0.05).

► Discussione

Le MCV rappresentano la principale causa di morbidità e mortalità nelle donne nel mondo occidentale. Anche in Italia si hanno percentuali paragonabili a quelle riscontrate negli altri paesi sviluppati, con cifre che superano di molto le percentuali di decesso per patologia neoplastica.

Nonostante le donne presentino, in questo senso, un profilo vantaggioso in età fertile provocato dall'azione protettiva degli ormoni estrogenici, dopo la menopausa la manifestazione di MCV e i relativi decessi manifestano un notevole incremento spesso con un quadro clinico più complicato per la presenza di maggiori fattori di rischio.

A oggi, gli studi sull'insorgenza di

MCV e la presenza di FRC, riguardano principalmente la popolazione maschile con conseguente trasposizione dei dati rilevati e dei risultati ottenuti, nella popolazione femminile.

Questa induzione non sempre porta ad una corretta consapevolezza, sia da parte del medico curante sia da parte della donna stessa, del ruolo della CAD nel sesso femminile con conseguente sottostima dei fattori di rischio cardiovascolare.

Dalla nostra osservazione è possibile rilevare come, nonostante il campione di donne preso in esame fosse numericamente inferiore rispetto al campione maschile, la presenza dei FRC è percentualmente maggiore.

Questo rispecchia i dati presenti in letteratura internazionale che denotano un'incidenza maggiore dei FRC nella donna rispetto all'uomo. La maggior percentuale di fumatori risulta essere ancora una prerogativa del sesso maschile anche se, col passare degli anni, il numero delle donne fumatrici sta crescendo sempre più, soprattutto nelle fasce di età più giovani.

Per quanto riguarda il profilo lipidico generale, diversi studi riportano l'esistenza di differenze qualitative legate al sesso; nel nostro studio non risultano significative differenze di prevalenza di ipercolesterolemia e di bassi livelli di colesterolo HDL. L'ipertrigliceridemia è invece significativamente più presente nei soggetti di sesso maschile.

L'obesità addominale (si noti bene detta di tipo androide) è più presente nelle donne pur non raggiungendo la significatività, le alterazioni del metabolismo glicidico e l'ipertensione arteriosa sono statisticamente più prevalenti nel sesso femminile, definendo in modo piuttosto preciso, l'assetto della sindrome metabolica (insulino-resistenza, iperinsulinemia, obesità,

intolleranza glicidica), descritto nelle donne in postmenopausa.

► Conclusioni

La cardiopatia ischemica è la principale causa di morbilità e mortalità nelle donne. Essa si manifesta generalmente in età più avanzata, ma quando esordisce si presenta con un quadro clinico più complicato anche per la presenza di maggiori fattori di rischio. Vi è ugual beneficio della terapia medica e della rivascolarizzazione (tramite angioplastica e/o intervento cardiocirurgico nei due sessi). Ciò nonostante l'approccio diagnostico e terapeutico è attual-

mente meno aggressivo nella donna rispetto all'uomo.

La distribuzione, la prevalenza e l'impatto dei FRC sono molto diversi nei due generi, ma spesso si tende ad accomunare i soggetti di ambo i sessi, nella valutazione clinica e prognostica, facendo riferimento al profilo maschile, più studiato e riconosciuto. Vi è purtroppo ancora oggi una minore consapevolezza, sia da parte dei medici sia da parte della donna stessa dell'impatto dei FRC, confermata dalla nostra osservazione che mostra il significativo ritardo di presentazione delle donne, rispetto agli uomini, all'osservazione clinica per prevenzione cardiovascolare.

Bibliografia

1. Mendelsohn ME, Karas B. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *N Engl J Med* 1999; 340: 1801.
2. Lee P, Alexander K. Representation of elderly persons and women in published randomized trials of acute coronary syndrome. *JAMA* 2001; 286: 708.
3. Kennel WB, Sorlie P, MC Namara PM. Prognosis after myocardial infarction. The Framingham Study. *Am J Cardiol* 1979; 44: 53.
4. Sclavo M. Fattori di rischio cardiovascolare e prevenzione nel sesso femminile: somiglianze e differenze. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 481.
5. Pope JH, Aufderheide T. Missed diagnosis of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342: 1163.
6. Mosca L, Ferris A. Tracking women's awareness of heart disease. *Circulation* 2004; 109: 573.
7. Sharren AR. The atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Circulation* 2001; 104: 1108.
8. Garrow JS. Is obesity an independent risk factor? In Poulter N, Sewer P, Thom S eds. *Cardiovascular disease: risk factors and intervention*. Oxford: Radcliffe press, 1993: 153.
9. Diamond GA, Forrester JS. The diagnosis of coronary artery disease. *New Engl J Med* 1979; 300: 1350.
10. Merz NB, Johnsons BD. Diagnostic, prognostic and cost assessment of coronary disease in women. *Am J Maneg Care* 2001; 7: 959.
11. Shaw LJ, Vasey C. Impact of gender on risk stratification by exercise and dobutamine stress echocardiography: long term mortality in 4234 women and 6898 men. *Eur Heart J* 2005; 26: 447.
12. Jochmann N, Stangl K. Female-specific aspects in the pharmacotherapy of chronic cardiovascular diseases. *Eur Heart J* 2005; 26: 1585.
13. Malenka DJ, Wennberg DE. Gender related changes in practice and outcomes of percutaneous coronary interventions in Northern New England from 1994 to 1999. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 2092.
14. Okrainec K, Platt R. Cardiac medical therapy in patients after undergoing coronary artery by-pass graft surgery. A review of randomized controlled trials. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 177.
15. Williams CM. Cardiovascular risk factors in women. *Proceedings of the Nutrition Society* 1997; 56: 383-91.
16. Writing Group for the WHI Investigators Risks and benefits of estrogen and progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
17. Stangl V, Baumann G, Stangl K. Coronary atherogenic risk factors in women. *Eur Heart J* 2002; 23: 1738-52.
18. Kesteloot H. Cardiovascular risk factors and mortality in women. *Herz* 1987; 12: 248-54.
19. Mosca L et al. Effectiveness-Based Guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women. 2011 Update; *Circulation* 2011; 123: 1243-62. 20. Huxley R, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet* 2011; 378: 1297-1305.

Dermatite atopica, una patologia molto complessa

La dermatite atopica colpisce a tutte le età, anche se con maggiore incidenza nei primi anni di vita. Patologia con un forte impatto sul paziente e la famiglia, presenta un andamento cronico-recidivante. La terapia prevede nelle fasi acute l'utilizzo di antinfiammatori topici (corticosteroidi, immunomodulanti), integrata nel caso da terapie sistemiche e costantemente accompagnata dall'uso di emollienti e idratanti, per ripristinare la funzionalità della barriera cutanea

Elisabetta Torretta

La dermatite atopica (DA) è una dermatite cronica eczematosa, non contagiosa, caratterizzata da un intenso prurito e da xerosi della pelle: eritema, desquamazione, vescicole e lichenificazione della pelle sono le caratteristiche comuni di questa malattia cronica recidivante. L'origine della dermatite atopica è sconosciuta anche se si osserva una complessa interazione tra diverse cause (ambientali, genetiche, immunologiche e fattori biochimici); i fattori genetici che predispongono alla dermatite atopica insieme all'inefficienza del sistema di barriera cutanea sono cause in grado di determinare flogosi cutanea che, a sua volta, può favorire una sensibilizzazione allergica. Nella malattia è spesso pre-

sente una familiarità, rilevata nel 70% dei casi.

L'infiammazione da dermatite atopica, seppure curata adeguatamente, tende a ripresentarsi a causa del carattere genetico e recidivante della malattia. Nei pazienti con dermatite atopica, il cemento intercellulare è alterato per la mancanza, o meglio per un difetto, di contenuto lipidico e di una disorganizzazione cellulare risultato di un deficit nella filaggrina, proteina essenziale alla costituzione di uno schermo proteico di protezione corneo. Fattori scatenanti possono essere l'esposizione eccessiva della cute all'acqua, ai detergenti comuni, tessuti di lana e fibre sintetiche, eccessiva sudorazione, ecc, ma anche fattori psico-emozionali.

Figura 1

Dermatite atopica



Quadri clinici di differente gravità

► Incidenza e classificazione

Relativamente rara negli anni '60 – allora l'incidenza era del 3-5% – la dermatite atopica è passata al 20% negli ultimi anni nei paesi più freddi. È la malattia dermatologica più diffusa nei bambini (in Italia colpisce 1 bambino su 10 a partire dal periodo neonatale) e riguarda il 3% degli adulti.

La malattia viene classificata comunemente a seconda dell'età dei pazienti in fase infantile, fase pediatrica e dell'adulto.

La dermatite atopica ha una pesante ricaduta sulla qualità della vita di chi ne soffre e delle loro famiglie: il prurito intrattabile, le lesioni da grattamento che a questo conseguono, il dolore, la perdita del sonno finiscono con l'incidere sulla vita sociale del soggetto. In effetti il prurito può essere costante, insopportabile, da impedire il sonno, la concentrazione nello studio e nel lavoro. I bambini hanno la tendenza ad aggrapparsi, ad essere più paurosi, a voler stare in braccio; possono essere presenti problemi comportamentali e di disciplina, compresi iperattività, irrequietezza, tendenza a grattarsi in maniera esasperata.

► Diagnosi e manifestazioni cliniche

La diagnosi è essenzialmente clinica (*figura 1*), valutando la presenza di arrossamenti della cute, con micro desquamazioni e lesioni cutanee, a volte accompagnate da essudazione superficiale, prurito intenso e un forte disagio permanente (*tabella 1*). La pelle secca predispone maggiormente al prurito. Nei bambini colpisce la zona delle guance e del mento, la piega del collo, le gambe e le braccia. Un campanello d'allarme per la mamma è la comparsa della

“crosta latteca” o dermatite seborroica del lattante, che a volte precede la comparsa della dermatite atopica. L'epidermide del bambino è ancora molto sottile e non in grado di fornire un'efficace protezione come nell'adulto. Dato che la sudorazione è insufficiente e il pH cutaneo non sufficientemente acido risulta facilitata l'aggressione da parte di batteri

e sostanze estranee che provocano frequentemente problemi di varia natura e intensità.

La dermatite atopica è un problema che si manifesta con maggiore frequenza con chiazze rosse, molto pruriginose. Una pelle più vulnerabile alla penetrazione di sostanze e agenti chimici è più soggetta a dermatiti da contatto irritative.

Tabella 1

Segni e sintomi per la diagnosi di dermatite atopica

Elementi principali*

- Prurito
- Eruzione eczematosa con distribuzione tipica in relazione all'età (>4 anni: superfici flessorie, comprese fosse ante-cubitali e poplitea, caviglia, collo; <4 anni: guance, fronte, esterno degli arti)
- Decorso clinico cronico e recidivante
- Tendenza alla xerosi o a cute sensibile
- Storia personale di asma o rinite allergica (o storia familiare di atopia in pazienti <4 anni di età)
- Età di comparsa sotto i 2 anni (pazienti di oltre 4 anni di età)

Elementi minori o associati

- Ittiosi
- Iperlinearità palmare
- Reperti follicolari (cheratosi pilare, accentuazione perifollicolare)
- Linee di Dennie-Morgan (pieghe infraorbitali)
- Scurimento periorbitale
- *Pityriasis alba*
- Lichenificazione, lesioni pruriginose
- Influenze ambientali
- Intolleranza alla lana
- Tendenza alla dermatite in localizzazioni corporee specifiche (mani, piedi, capezzoli, labbra)
- Elevate immunoglobuline E sieriche
- Tendenza alle infezioni cutanee
- Risposte vascolari abnormi (pallore facciale, impallidimento ritardato, dermatografismi bianchi)
- Modificazioni oculari (cheratocono, cataratta subcapsulare anteriore, congiuntiviti ricorrenti)
- Intolleranze alimentari

*Per la diagnosi è necessaria la presenza del prurito e di altre 3 caratteristiche

Walling HW, Swick BL. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2010; 3:99-117

► Prevenzione e terapia

La dermatite atopica deve essere principalmente prevenuta evitando tutte le cause di peggioramento: fondamentale è evitare l'uso eccessivo dell'acqua e il contatto con saponi; altrettanto importante è l'uso frequente delle creme emollienti – semplici e prive di sostanze potenzialmente irritanti – che contrastando la secchezza cutanea riducono la possibilità delle recidive. Un elemento da considerare è la stagionalità della malattia, che ha il suo picco di comparsa in concomitanza con la primavera in quanto la prolungata esposizione alla temperature rigide dell'inverno contribuisce a compromettere le protezioni della pelle. È quindi utile non trascurare opportune misure preventive proprio durante questa stagione. La terapia deve essere personalizzata e tener conto di vari fattori quali gravità, localizzazione della malattia, intensità del prurito, grado di secchezza cutanea, età.

Dopo la stabilizzazione della malattia, si modificherà la terapia adottando trattamenti di mantenimento per prolungare la guarigione o ridurre al minimo i sintomi.

Al fine di ridurre la frequenza e l'intensità delle recidive è necessario mantenere le misure preventive descritte. Anche nei casi più resistenti, a lungo decorso o con frequenti ricadute, una terapia mirata consente di superare agevolmente i momenti più critici.

Attualmente il ventaglio di possibilità terapeutiche è ampio e comprende numerose opzioni (tabella 2).

✓ **Corticosteroidi** - Rappresentano la terapia di riferimento per l'eczema atopico.

✓ **Immunomodulatori topici** - Di più recente introduzione nella terapia dell'eczema atopico, sono fondamentali quando la dermatite ato-

Tabella 2

Opzioni terapeutiche per la dermatite atopica

Interventi sullo stile di vita

- Emollienti, modalità per l'igiene, umidificazione, evitare sostanze esacerbanti

Terapia topica

- Corticosteroidi topici (prima linea)
- Inibitori topici della calcineurina (seconda linea): tacrolimus, pimecrolimus
- Creme di barriera

Fototerapia

- UVB a banda stretta (311 nm)
- UVB a banda larga (280–315 nm)
- UVA (315–400 nm)
- UVA I (340–400 nm)
- UVA psoralene
- Fotochemioterapia extracorporea

Terapie sistemiche tradizionali

- Corticosteroidi
- Ciclosporina
- Azatioprina
- Metotressato
- Mofetil micofenolato

Terapie sistemiche biologiche

- Interferone- γ
- Inibitori IgE/interleuchina-5: omalizumab, mepalizumab
- Immunoglobuline intravenose
- Inibitori del Tumor necrosis factor- α : infliximab, etanercept
- Inibitori cellule-B e T: alefacept, rituximab

Terapie ancillari

- Antistaminici per il controllo del prurito
- Antibiotici (orali, topici) per il controllo delle infezioni secondarie

pica colpisce le zone della cute più delicate come viso e collo.

✓ **Terapie sistemiche** - Nei casi più impegnativi, è necessario ricorrere a terapie sistemiche, che si avvalgono di: antistaminici orali, corticosteroidi orali, ciclosporina.

✓ **Fototerapia** - Le radiazioni UV (ultraviolette) hanno un effetto benefico sulla pelle atopica, che migliora con l'esposizione solare nella maggior parte dei casi.

✓ **Idratanti ed emollienti** - Si accostano alle terapie farmacologiche per restituire l'idratazione e il nutrimento che la pelle è in grado di produrre autonomamente. È inoltre necessario modificare costantemente le abitudini legate alla pulizia e idratazione della cute, compresa la scelta dei prodotti più adatti.

✓ **Antibiotici locali e/o per via generale** - La possibile presenza di sovrainfezione può suggerire l'uso di antibiotici locali e/o per via generale. Inoltre, dove non vi sia un controllo completo dei sintomi, oltre a terapie mediche più impegnative, si va alla ricerca di possibili alternative terapeutiche che variano dall'uso di indumenti/tessuti particolari (seta, cotone con fibre di argento, eccetera), all'utilizzo di "fitopreparati speciali", all'omeopatia, alla medicina alternativa.

Bibliografia disponibile su richiesta

www.qr-link.it/video/0312



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

Terapia antipertensiva di associazione in paziente con livelli pressori non controllati

Donna di 68 anni, coniugata con tre figli, ex impiegata in una agenzia di assicurazione, si presenta occasionalmente in ambulatorio per una sintomatologia tipo sindrome influenzale (tosse produttiva, febbre, astenia, dispnea e faringodinia). Si riscontrano valori di pressione arteriosa pari a 160/95 mmHg. La paziente assume un farmaco ad azione alfa-bloccante, che però ha sospeso arbitrariamente da circa 20 giorni per la comparsa di vertigine, soprattutto posturale, e saltuario riscontro di valori pressori apparentemente nella norma (PAS <140 mmHg).

Claudio Borghi

*Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche
Università degli Studi di Bologna
Ospedale Policlinico S. Orsola-Malpighi*

Anamnesi

■ **Familiare e fisiologica:** la paziente è una ex-fumatrice (10 sigarette al giorno per 30 anni, ha smesso da circa 5 anni); segue una dieta ipersodica e ipercalorica, non assume alcolici. Alvo alternante, diuresi nella norma; lieve ortopnea da un mese circa; sovrappeso con adiposità viscerale (peso 75 kg, alt 1.60 cm, circonferenza addominale 92 cm); familiarità per diabete di tipo 2; madre deceduta per infarto del miocardio a 65 anni.

■ **Remota:** all'età di 50 anni è stata posta diagnosi di ipertensione arteriosa trattata con clortalidone con discreto controllo, ma a distanza di 15 anni la terapia antipertensiva viene sospesa per ipopotassiemia (3.3 mmol/l). Successivamente ha iniziato il trattamento con doxazosin 4 mg/die (ore 21.00). Saltuariamente assume FANS non specificati. La paziente effettua di rado visite dal proprio curante per il discreto benessere.

Diagnosi ambulatoriale

Si pone diagnosi di sindrome influenzale impronta tracheo-bronchiale, ipertensione non controllata in paziente con sindrome metabolica e ad elevato profilo di rischio cardiovascolare.

Viene prescritta la terapia della fase

acuta: riposo a letto e antipiretici (paracetamolo), terapia aerosolica con steroide (beclometasone) per 5 giorni, espettoranti per la tosse (acetilcisteina) e un regime dietetico controllato.

Inquadramento clinico cardiovascolare e generale

■ **Esame obiettivo cardiaco:** toni validi, tachicardici con soffio sistolico puntale (2/6); PA 165/90 mmHg in clinostatismo e 160/90 mmHg in ortostatismo, FC 90 bpm in clino e 100 bpm in ortostatismo. Addome trattabile, margine epatico debordante 2 cm dall'arco. Non soffi periombelicali. Circonferenza addominale 92 cm. ABI dx 0.72 - ABI sn 0.80.

Per l'alto profilo di rischio cardiovascolare della paziente si decide di effettuare gli esami di laboratorio e alcuni esami strumentali per l'identificazione del danno d'organo.

▶ Esami strumentali

■ **Rx torace:** OCV ingrandita, segni di iniziale BPCO. Assenza di focolai pleuro-parenchimali in atto.

■ **ECG:** ritmo sinusale con ipertrofia ventricolare sinistra.

■ **Ecocardiogramma:** ipertrofia concentrica con iniziale disfunzione diastolica, insufficienza mitralica lieve-moderata, lieve dilatazione atrio sinistro. E/A 1.5, E 78; A 50; FE% 54.

■ **Ecografia addome+rene:** reni in sede; rene destro di volume normale (DL 12.3 cm); rene sinistro lievemente ridotto (DL 11.6 cm), con presenza di due piccole cisti di 0.6 e 1 cm di diametro. Non idronefrosi, non calcoli.

■ **Prove di funzionalità respiratorie:** deficit di tipo ostruttivo di grado lieve con VEMS/CVF <70%.

■ **Monitoraggio pressorio delle 24 ore:** profilo pressorio che conferma la diagnosi di ipertensione arteriosa. Valori pressori medi delle 24 ore pari a 144/92 mmHg, con valori delle ore di veglia pari a 150/94 mmHg e valori notturni pari a 136/84 mmHg.

■ **Ecografia carotidea:** ispessimento medio-intimale diffuso. A livello della biforcazione carotidea e del tratto prossimale della carotide interna destra si reperta lesione a ecogeneità mista, isopocogena, a superficie non regolare: il dato flussimetrico depone per stenosi di grado lieve (non superiore al 50%).

► **Esami di laboratorio**

■ **Funzionalità renale:** creatinina 1.4 mg/dL, azotemia 60 mg/dL, Na 140 mEq/L, K 4.8 mEq/L, uricemia 7.5 mg/dL, VFG 58 (MDRD) mL/min/1.73 m², microalbuminuria 200 mg/die. Rapporto albumina/creatinina 11 mg/mmol.

■ **Parametri metabolici:** colesterolo totale 258 mg/dL, LDL 198 mg/dL, HDL 30 mg/dL, trigliceridi 220 mg/dL, glicemia 111 mg/dL, Hb glicata 6.1%, GOT 40 U/L, GPT 55 U/L.

■ **OGTT (oral glucose tolerance test):** visibile stato 2. Test eseguito in paziente con IFG (*impaired fasting glucose*): alterata tolleranza al glucosio con valore di

glicemia a digiuno di 120 mg/100 mL e, dopo OGTT, il valore a distanza di 2 ore dall'inizio del test di 190 mg/100 mL.

Terapia

In base ai parametri rilevati si decide di prescrivere la seguente terapia: enalapril 20 mg 1 cp ore 8.00, simvastatina 40 mg 1 cp ore 21.00, broncodilatatori a breve durata di azione, dieta iposodica, ipoglicidica e ipolipidica, ipopurinica+aumento dell'attività fisica. Si programma il follow-up di controllo.

Follow-up

All'esame obiettivo cardiaco la paziente presenta toni validi, con soffio sistolico puntale. PA 146/92 mmHg in clinostatismo e 144/90 mmHg in ortostatismo, FC 70 bpm in clino e 72 bpm in ortostatismo. Addome trattabile, margine epatico debordante 2 cm dall'arco. Non soffi periombelicali. Circonferenza addominale 92 cm.

► **Terapia**

Si converte la terapia con solo enalapril 20 mg a una combinazione fissa con lercanidipina 10 mg/die.

► **Follow-up dopo ulteriori 4 settimane**

All'esame obiettivo cardiaco: toni validi, con soffio sistolico puntale. PA 137/80 mmHg in clinostatismo e 128/80 mmHg in ortostatismo, FC 60 bpm in clino e 62 bpm in ortostatismo. Compliance e aderenza ottimale. Assenza di effetti

collaterali segnalati dalla paziente. Il controllo lipidico è migliorato, comunque si decide per aggiunta di ezetimibe 20 mg/die.

■ **Esami ematochimici:** profilo glicemico 101 mg/dL, azotemia 55 mg/dL, creatininemia 1.29 mg/dL.

■ **Monitoraggio pressorio delle 24 ore:** valori pressori medi delle 24 ore pari a 126/80 mmHg, con valori delle ore di veglia pari a 124/80 mmHg e valori notturni pari a 118/76 mmHg.

Commento

Con la terapia di combinazione si è raggiunto un controllo efficace dei valori pressori, in una condizione di rischio cardiovascolare elevato, con una efficace riduzione della pressione sistolica, diastolica e differenziale, oltre al miglioramento del profilo lipidico e compliance e tollerabilità ottimale.

Discussione

La finalità principale della terapia antipertensiva è certamente rappresentata dalla necessità assoluta di ridurre in maniera efficace e persistente i valori di pressione arteriosa a un livello che non sia in grado di nuocere al soggetto e che sia, per contro, in grado di limitare significativamente il potenziale di rischio inteso nel senso di probabilità di sviluppare un evento cardiovascolare fatale o non fatale in un lasso di tempo relativamente prossimo.

Tuttavia, come ampiamente sottolineato nelle linee guida dell'ESH/ESC 2008, nella grande maggioranza dei casi la monoterapia non è sufficiente a controllare i valori

pressori; pertanto, si rende necessario identificare una classe di farmaci come prima scelta, al fine di riportare la pressione arteriosa nell'ambito della normalità. Le linee guida ESH/ESC suggeriscono, prima di iniziare un trattamento farmacologico, una corretta valutazione diagnostica, al fine di potere definire meglio il profilo di rischio cardiovascolare del paziente iperteso.

In presenza di ipertensione arteriosa lieve e moderata e/o quando il rischio cardiovascolare globale non raggiunge livelli elevati, a differenza di quanto veniva suggerito in passato, in quella che veniva definita "terapia a gradini" (cioè introducendo la terapia di associazione solo dopo avere riscontrato l'incompleta efficacia di una monoterapia), le nuove linee guida consigliano due strategie alternative:

- una che prevede di iniziare con monoterapia a basso dosaggio per poi salire a dosaggio pieno o cambiare farmaco se il primo non si dimostra efficace;

- l'altra che suggerisce di iniziare direttamente con un'associazione di due farmaci a basso dosaggio con la possibilità, in caso di non completa efficacia, di incrementare le dosi di entrambi i componenti oppure, in alternativa, aggiungere un terzo farmaco sempre a dosaggio basso.

Questo meccanismo sottolinea che le probabilità di ottenere un adeguato controllo dei valori pressori e delle complicanze dell'ipertensione arteriosa sono più elevate se vengono contemporaneamente utilizzati due farmaci con meccanismi di azione diversi fra loro. Non va, infatti, dimenticato che l'ipertensione

arteriosa riconosce meccanismi patogenetici diversi, che, da individuo a individuo, contribuiscono in proporzioni diverse fra loro al rialzo dei valori pressori.

► Associazione ACE-inibitore e calcio-antagonista

Sulla base di queste considerazioni, si colloca perfettamente nella strategia terapeutica l'associazione fra un ACE-inibitore e un calcio-antagonista. Questa associazione permette di potenziare l'effetto antipertensivo, di bloccare il RAAS e di limitare gli effetti indesiderati.

È noto infatti che la curva dose-risposta della maggior parte dei farmaci antipertensivi può essere molto diversa dalla curva dose-effetti indesiderati, questi ultimi in genere molto più frequenti alle dosi elevate, alle quali non corrispondono altrettanti vantaggi in termini di efficacia.

Non va infine dimenticato il possibile vantaggio dell'utilizzo di associazioni fisse in un'unica compressa, con la prospettiva di migliorare la compliance del paziente alla terapia.

► Specificità di lercanidipina

Nel caso specifico la scelta delle molecole da impiegare poteva essere indirizzata dalle caratteristiche del paziente, in particolare per quanto attiene al tipo di calcio-antagonista.

La lercanidipina è un calcio-antagonista diidropiridinico di terza generazione con forte specificità per i canali L del calcio. Nonostante la lercanidipina abbia un'emivita plasmatica breve, la sua elevata lipofilia, e la conse-

guente alta affinità per il doppio strato lipidico della membrana delle cellule muscolari lisce vascolari, garantisce una lunga durata di azione.

È in grado di ridurre efficacemente i valori di pressione arteriosa in monosomministrazione o in associazione con altri farmaci antipertensivi. La sua efficacia è stata ampiamente dimostrata nel trattamento dei pazienti giovani e di quelli anziani affetti da ipertensione arteriosa e sistolica isolata.

La lercanidipina quindi si contraddistingue per un effetto antipertensivo graduale (riduzione degli effetti collaterali di flushing, cefalea ed edemi periferici rispetto agli altri derivati diidropiridinici); per una lunga durata d'azione (monosomministrazione giornaliera); per un'azione selettiva vascolare che riduce le interferenze sulle miocellule cardiache (assenza di effetti inotropi negativi). È quindi ideale in combinazione per una paziente con scarso controllo della pressione e pregressa incidenza di effetti indesiderati della terapia.

► Effetti a livello metabolico

La lercanidipina inoltre possiede una serie di ulteriori effetti vantaggiosi a livello metabolico. In particolare non modifica il profilo glicemico sia nei pazienti diabetici sia nella popolazione ipertesa in generale quando impiegata in monosomministrazione o con inibitori del RAAS come ACE-inibitori.

Inoltre il farmaco ha dimostrato di essere caratterizzato da effetti ancillari agendo positivamente sulla perossidazione delle lipo-

proteine; questo effetto è probabilmente legato alle proprietà antiossidanti della molecola.

Nel caso specifico quindi non interferisce con il profilo glicemico e potrebbe supportare gli effetti della terapia con statine per ridurre la progressione della ATS.

► Nefroprotezione

Terzo aspetto primario, lercanidipina potrebbe esercitare un certo grado di nefroprotezione sia nel paziente iperteso e diabetico sia nei soggetti con insufficienza renale cronica. Infatti, in studi sperimentali ha dimostrato un duplice effetto vasodilatatore a livello delle arteriole glomerulari afferenti ed efferenti che non è tipico di tutti i calcio-antagonisti. Per questo motivo rappresenta una scelta efficace in questa paziente, che presenta un declino della funzione renale di grado

lieve moderato e che potrebbe non trarre vantaggio da una riduzione della pressione associata alla sola vasodilatazione afferente che caratterizza gli altri calcio-antagonisti.

► Ruolo delle associazioni fisse di antipertensivi

L'utilizzo di associazioni fisse di farmaci antipertensivi è in crescita e si prevede assumerà un ruolo sempre più rilevante nel trattamento dell'ipertensione.

Come è stato ribadito di recente dall'European Society of Hypertension, la terapia di combinazione è terapia di prima scelta nei pazienti ipertesi ad alto rischio cardiovascolare. Inoltre, l'utilizzo di una sola compressa, per un paziente che ne assume giornalmente un numero a volte elevato, aumenta l'adesione alla terapia, rappresentando un im-

portante fattore di successo.

Nella maggior parte dei pazienti ipertesi, in particolare in coloro che presentano altri fattori di rischio associati, è necessario somministrare più di un farmaco antipertensivo per raggiungere e mantenere i livelli di pressione arteriosa desiderati.

L'associazione fissa di lercanidipina ed enalapril consente la somministrazione in un'unica soluzione di due principi attivi molto efficaci.

I benefici della combinazione calcio-antagonista più ACE-inibitore, in particolare l'elevata efficacia e l'ottima tollerabilità, sono confermati dai risultati di diversi trial clinici, che hanno evidenziato come la combinazione calcio-antagonista più ACE-inibitore sia più efficace della combinazione calcio-antagonista più diuretico nel ridurre il rischio cardiovascolare.

Disagio psicosociale sul lavoro: valutazione clinica in medicina generale

L'intervento del medico di famiglia di fronte a situazioni obiettive di stress o di tensioni legate al mondo del lavoro o nel caso di soggetti espulsi dal mondo produttivo è rilevante per l'identificazione precoce dei disturbi psichici. Inoltre un trattamento appropriato e tempestivo può essere risolutivo e può prevenire quadri depressivi maggiori

Ferdinando Pellegrino

Psichiatra, psicoterapeuta

Vincenzo Ronca

Medico del lavoro

Centro per lo studio, la prevenzione e la clinica del disagio psicosociale nei luoghi di lavoro

ASL Salerno

La valutazione clinica delle conseguenze individuali dello stress lavorativo è difficile da operare per la presenza di numerose variabili non sempre facili da identificare e gestire; l'individuo stressato è più esposto al rischio di infortunio o di errori professionali, la sua produttività è minore, è più vulnerabile allo sviluppo di patologie fisiche o psichiche.

Molti disturbi psichici, come l'ansia, la depressione e la somatizzazione, e diversi disturbi fisici, come il diabete e la sindrome metabolica, possono infatti essere correlati a situazioni di stress lavorativo sia per la natura stessa dell'attività che per problematiche inerenti l'articolazione organizzativa dell'ambiente lavorativo.

Ciò comporta una ricaduta sul sistema sanitario nazionale e sul medico di famiglia che si trova a dovere gestire situazioni cliniche complesse e complicate dalla presenza di variabili di extracliniche non sempre modificabili. L'intervento del medico, di fronte a situazioni obiettive di stress o tensione legate al mondo del lavoro, può essere rilevante per:

- l'identificazione precoce dei disturbi psichici;
- il monitoraggio dell'andamento del quadro clinico;
- la richiesta, se necessario, di una consulenza specialistica;
- aiutare il paziente ad adottare adeguate strategie di coping;
- il riconoscimento di quadri clinici

che si configurano come malattia professionale e la relativa denuncia agli organi competenti.

Inoltre l'intervento del medico, soprattutto laddove certifica lo stato di malattia, ha una rilevanza giuridica in un ambito in cui la normativa si è recentemente evoluta (tabella 1).

Si comprende quindi l'importanza di una sistematizzazione delle problematiche psicologiche e psicopatologiche connesse al mondo del lavoro.

► Quadri psicopatologici

La presenza di un disturbo psichico rende il lavoratore più vulnerabile allo stress lavorativo e quindi oggetto di maggiore attenzione da parte del medico; pazienti con disturbo delirante o bipolare, con schizofrenia o disturbi di personalità che hanno un lavoro stabile possono, nei momenti di acuzie, avere difficoltà a sostenere gli usuali impegni lavorativi.

Altrettanto rilevanti risultano anche alcuni quadri psicopatologici cosiddetti "minori" - particolarmente rilevanti in medicina generale - come la distimia, l'ipochondria e la somatizzazione, che possono compromettere il rendimento lavorativo ed essere fonte di notevole disagio.

Per tali pazienti occorre programmare un monitoraggio costante della terapia, poiché l'uso di farmaci come gli antipsicotici o gli

Tabella 1

Legislazione in tema di tutela dell'integrità psicofica del lavoratore

1. Legge 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro: oggetto di tutela è la "salute intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo un'assenza di malattia o d'infermità" (ex art. 2, comma 1, lettera o). L'oggetto di valutazione dei rischi – ex art. 28 – deve riguardare tutti "i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress-lavoro correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004".



2. Elenco malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia (GU 76/1.4.2010 Supp Ord 66); nel Gruppo 7, le malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro le patologie sono state identificate come malattie professionali (da *costrittività organizzativa*) il Disturbo dell'adattamento cronico (con ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta e/o dell'emotività, disturbi somatoformi) e il Disturbo post-traumatico cronico da stress.

La normativa vigente prevede la tutela dell'integrità psicofica del lavoratore e il riconoscimento di "malattia professionale" alle patologie correlate allo stress lavorativo.

antidepressivi, va tarato in rapporto al quadro clinico e alla tipologia lavorativa. In alcune circostanze la comparsa di effetti collaterali come la sedazione, possono infatti interferire con il lavoro ed essere potenzialmente rischiosi.

Quando il paziente è in carico ad un centro di salute mentale o in cura presso uno specialista è buona prassi attivare dei canali di comunicazione e di scambio di informazioni in merito alla gestione del programma terapeutico.

Ma lo stress può essere esso stesso fonte di disagio e patologie; tensioni lavorative, conflittualità, carico di lavoro eccessivo, problematiche specifiche della tipologia di lavoro, possono favorire lo sviluppo di patologie psichiche, come l'ansia e la depressione.

In molte circostanze lo stress lavorativo favorisce inoltre lo sviluppo di stili di vita disfunzionali (fumo di sigarette, disturbi dell'alimentazione, irritabilità, abuso di alcolici, *gambling*) che non solo compromettono il rendimento lavorativo ma si ripercuotono negativamen-

te sul benessere dell'individuo.

Una diagnosi precoce di tali disturbi e un trattamento appropriato può essere risolutivo.

Un problema emergente nell'ambito delle problematiche di disadattamento lavorativo è dato dalle condizioni di abuso di alcolici che, indipendentemente dall'attività lavorativa, è motivo di preoccupazione sia perché correlato a infortuni lavorativi, sia per la rilevante compromissione della funzionalità dell'individuo.

L'assunzione di alcolici e l'elevata comorbidità psichica che si accompagna al comportamento tossicofilo richiede un trattamento medico di non facile attuazione, poiché ci si trova di fronte a soggetti non collaborativi con problematiche lavorative che nel tempo si sono strutturate in situazioni difficili da sostenere; in questi casi, proprio per la scarsa consapevolezza e collaborazione da parte del soggetto, diventa difficile pianificare interventi terapeutici, se non all'interno centri specializzati.

► Infortunio lavorativo e psicopatologia

L'occorrenza di infortuni lavorativi pone tutta una serie di riflessioni in merito alla gestione delle possibili conseguenze psicologiche che ne conseguono, soprattutto in presenza di traumi con esiti invalidanti.

È possibile in questi casi l'insorgenza di disturbi dello spettro ansioso-depressivo che limitano l'efficacia lavorativa e compromettono la qualità di vita del paziente. Interventi precoci e appropriati consentono di ottenere una remissione del quadro clinico, un ritorno alla normale occupazione ed evitano la strutturazione dei sintomi in disturbi di maggiore gravità.

Laddove invece i postumi del trauma si sono stabilizzati, ma comportano particolari limitazioni funzionali si pone il problema dell'adattamento del paziente al lavoro in rapporto alla menomazione subita, che in alcuni casi può non essere più compatibile con l'attività lavorativa. Può essere necessario in

tali circostanze la richiesta di una consulenza psichiatrica.

L'insorgenza inoltre di specifici disturbi - come il disturbo post-traumatico da stress - può configurare una malattia professionale.

► **Malattie croniche e attività lavorativa**

L'elevata incidenza di patologie ad andamento cronico, come l'ipertensione arteriosa e il diabete, pone in ambito lavorativo una serie di problematiche in quanto condizioni di stress possono compromettere ulteriormente lo stato di salute dell'individuo.

Soggetti che in pieno benessere si ritrovano a vivere uno stato di malattia hanno bisogno di un periodo di adattamento che può comportare assenze prolungate dal lavoro, un calo della performance lavorativa e lo sviluppo di quadri clinici caratterizzati da disturbi dello spettro ansioso-depressivo; tale comorbidità ha un impatto negativo sulla prognosi del disturbo organico e pone una serie di questioni di particolare rilevanza, come la politerapia, poiché l'associazione di più farmaci, ad esempio antipertensivi, ipoglicemizzanti e antidepressivi, aumentano l'incidenza di effetti collaterali, richiedendo un attento monitoraggio.

Occorre prestare attenzione allo sviluppo dell'ipocondria caratterizzata da una preoccupazione pervasiva rispetto al proprio stato di salute poiché qualsiasi sintomo diventa per il paziente il "segno di una grave malattia" con una ossessiva richiesta di consulti medici, di esami clinici e strumentali.

Si tratta di quadri clinici che possono essere di particolare gravità e che richiedono un intervento specialistico.

► **Reazioni psicopatologiche alla perdita del lavoro**

Se il lavoro può essere fonte di stress e disagio psichico non meno importanti possono essere le conseguenze derivanti dalla mancanza di occupazione che può essere alla base di gravi quadri psicopatologici, con un elevato rischio suicidario.

Sono noti infatti gli effetti psicologici legati alla perdita del posto di lavoro, soprattutto laddove la ricollocazione del soggetto in ambito lavorativo è problematica o difficile da attuarsi.

Le reazioni psicopatologiche possono essere varie e in rapporto alla personalità del soggetto, alla sua capacità di attuare strategie di coping adeguate, alla specifica professionalità e alle opportunità di ricollocazione presenti, al sostegno familiare e sociale presente, all'età e al carico familiare.

Il non poter assolvere al sostentamento dei figli, il sentirsi smarrito e incapace di fare fronte agli impegni economici, la mancanza di qualsiasi prospettiva futura può generare quadri depressivi di particolare intensità clinica.

► **Stress e conflittualità sul lavoro**

Vi sono anche situazioni di aperta conflittualità tra azienda e lavoratore, con il ricorso ad iter giudiziari lunghi ed estenuanti per entrambi; in questi casi può prevalere dal punto di vista clinico l'aspetto medico-legale che sottende la richiesta di una certificazione.

In ciò è opportuno attenersi alla valutazione dello stato clinico senza entrare in merito alle vicende giudiziarie, né al nesso di causalità tra la diagnosi e le problematiche lavorative; se da un lato occorre porsi a tutela del lavoratore, occorre prestare

attenzione ai tentativi di strumentalizzazioni; nei casi dubbi, o laddove vi sono richieste di certificazioni reiterate è consigliabile l'invio del paziente allo specialista per una valutazione più puntuale.

► **Conclusioni**

Le patologie correlate al mondo del lavoro hanno un impatto non solo sul benessere psichico della persona, ma anche sulla sua salute fisica poiché il rischio psicosociale è ritenuto un importante fattore causale/concausale oltre che di disturbi psichici anche di patologie come quelle cardiovascolari o come il diabete; è inoltre alla base di stili di vita disfunzionali che rappresentano un altro importante fattore di rischio per la salute dell'individuo.

Negli ultimi anni le disposizioni normative riguardanti la tutela della salute del lavoratore hanno riconosciuto l'importanza dello stress come agente patogeno di patologie fisiche e psichiche; ciò sia attraverso il riconoscimento di alcuni disturbi, come il disturbo dell'adattamento e il disturbo post-traumatico da stress, come malattia professionale, sia prevedendo - *ex legis* - la valutazione del rischio psicosociale all'interno delle aziende.

Il contributo che può dare il medico di famiglia appare pertanto utile nella gestione di tali problematiche con rilevanza sia clinica sia sociale.

www.qr-link.it/video/0312



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

Le italiane sono attente alla salute

Secondo l'Osservatorio Salute AstraZeneca le donne italiane sono le più salutiste in Europa, ma anche le più attente ai costi. A confermare ciò i dati della nuova indagine "Venere vs Marte" sulle differenze di genere in tema di salute, realizzata in collaborazione con ISPO

Le donne italiane fanno controlli medici in modo più regolare degli uomini e sono il punto di riferimento in famiglia per far fronte ai bisogni di salute e assistenza, si prendono cura dei figli, dei genitori e dello stesso partner in caso di malattia. Rispetto agli uomini però fanno meno attività fisica (49% contro il 58%), non rinunciano alle sigarette (23% contro il 17%) e non riducono il consumo di alcolici (17% contro il 9% degli uomini). È quanto emerge dall'Osservatorio Salute AstraZeneca. I dati dell'indagine, realizzata in collaborazione con ISPO, svelano le differenze di genere in Italia, Gran Bretagna, Germania, Svezia e Spagna. Le donne vincono nettamente il confronto con il genere maschile in tema di attenzione alla prevenzione: il 72% delle donne contro il 63% degli uomini dichiara di fare regolari controlli e visite mediche generali. I risultati più schiacciati riguardano le analisi per la prevenzione dei tumori (65% donne contro il 45% degli uomini) e le visite di controllo legate alla sfera intima: il 72% delle donne italiane va dal ginecologo almeno una volta ogni due anni, mentre più del 60% degli uomini non è mai andato dall'andrologo. In casa non ci sono dubbi è la donna che si occupa della salute dei familiari malati per tutte le esigenze quotidiane (51% contro il 9% degli uomini), si informa sulla prevenzione (49% contro il 9% degli uomini), ac-

compagna i figli, i genitori e lo stesso partner dal medico o a fare le analisi (45% contro il 12% degli uomini). È poi sempre la donna che va in farmacia e acquista le medicine per tutti (44% contro il 14% degli uomini). Se dal Bel Paese guardiamo all'Europa, allora le italiane risultano

essere le più salutiste seguite dalle spagnole e dalle tedesche. Sono però delle "salutiste parsimoniose" (31%), fanno diligentemente e regolarmente le visite necessarie, ma le giudicano troppo costose. Un'italiana su quattro però non fa alcun tipo di prevenzione.

Top five - Differenze di genere in Italia

Top five	Donne	Uomini
1. Visite dal ginecologo o dall'andrologo	72%	37%
2. Impegno per la salute dei familiari malati	59%	43%
3. Attenzione a portare con sé farmaci in viaggio	66%	51%
4. Regolare attività fisica	49%	58%
5. Incapacità di rinunciare al fumo per la propria salute	23%	17%

Top five - Differenze tra le donne oltre i confini

					
1. Tendenza a NON andare dal ginecologo	Inglese 62%	Svedese 42%	Italiane 21%	Spagnole 17%	Tedesche 15%
2. Cercare informazioni sui disturbi su internet	Svedese 83%	Inglese 67%	Tedesche 52%	Spagnole 27%	Italiane 25%
3. Prendere medicine senza rivolgersi al medico	Tedesche 75%	Inglese 68%	Svedese 65%	Spagnole 46%	Italiane 36%
4. Chiudersi in se stesse di fronte a un problema intimo	Inglese 54%	Svedese 50%	Spagnole 48%	Italiane 41%	Tedesche 34%
5. Fare controlli e analisi solo se necessari, considerandoli troppo cari	Italiane 24%	Svedese 22%	Tedesche 20%	Inglese 9%	Spagnole 8%

Dolore cronico: agli italiani è ancora poco nota la legge 38

La legge obbliga il medico a prendersi cura del dolore, qualunque sia la causa: è certo un grande passo avanti anche se in una elevata percentuale dei casi i pazienti non si rivolgono alla figura di riferimento come avviene in altre patologie. Inoltre rimane ancora aperta la questione dell'appropriatezza prescrittiva poiché sta crescendo il consumo di oppioidi ma l'abuso di FANS permane

A volte è più difficile privarsi di un dolore che di un piacere. Questa citazione di F. Scott Fitzgerald sembra sintetizzare uno dei dati emersi dal progetto CU.PI.DO. 2011 che ha registrato una prevalenza del dolore cronico nel 67.3% dei soggetti che hanno partecipato all'indagine. Alle persone sofferenti di dolore cronico è stato chiesto se fossero in cura da un clinico per il loro problema e si è avuta la conferma che, in circa il 50% dei casi, i pazienti non si rivolgevano alla figura di riferimento (49,1%), come invece avviene per tutte le altre patologie.

Nel 2010 la legge 38 ha senza dubbio segnato un importante passo avanti nella diagnosi e cura del dolore tuttavia la realtà italiana evidenziava un netto divario tra i pazienti che erano riusciti ad entrare in contatto con un struttura dedicata e quelli che invece, privi delle informazioni necessarie, si ritrovavano a vagare per l'Italia alla ricerca di qualcuno in grado di curarli. Per questo motivo, l'associazione Vivere senza dolore (www.viveresenzadolore.it) ha voluto promuovere - con il patrocinio del Ministero della Salute e il grant incondizionato di Mundipharma - una nuova iniziativa volta ad incontrare la popolazione, per fornire notizie utili alla cittadinanza in merito a cos'è il dolore cronico, come si misura, dove è possibile curarlo e quali sono i farmaci utili a questo scopo.



Il progetto, denominato CU.PI.DO.

- Cura Previene Il Dolore, ha toccato 14 città italiane: Viterbo, Perugia, Ancona, Forlì, Brescia, Vicenza, Torino, Genova, Pistoia, Foggia, Napoli, Bari, Messina e Roma. In ognuna delle sedi prescelte è stato allestito per un'intera giornata un gazebo con un desk informativo e degli specialisti del dolore, che si sono offerti d'incontrare tutti i cittadini desiderosi di confrontarsi con dei clinici in merito alla malattia dolore.

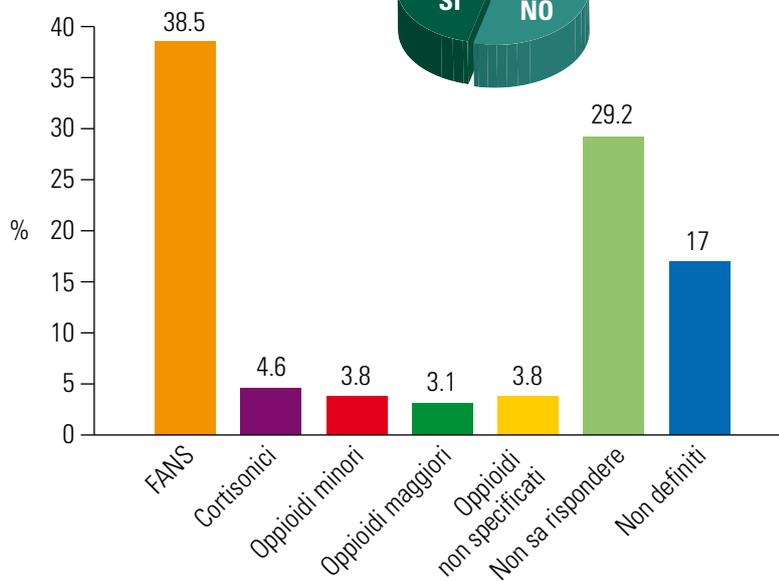
► I risultati dell'indagine

Analizzando in dettaglio i risultati dell'indagine CU.PI.DO., emerge che l'origine della sofferenza è di natura non oncologica per il 93.4% del campione e, nel 45.2% dei casi è dovuta all'artrosi; benché la sua intensità sia di grado moderato-severo, gli antinfiammatori non steroidei sono i farmaci analgesici più impiegati ma alleviano i sintomi solo al 16.9% degli intervistati (figura 1). La prescrizione delle terapie antalgiche è stata effettuata per il 57.9% del campione dal medico di famiglia, per il 33% da uno specialista non del dolore e solo per il 5.8% dal terapeuta del dolore. Questa scelta, però, non è particolarmente gradita ai pazienti che, nell'83% dei casi, la giudicano poco o per niente efficace. Si conferma, infine, il pesante impatto del dolore sulla vita quotidiana, che risulta compromessa per quasi 9 pazienti su 10. Nella scala NRS (Numerical Rating Scale) che va da 0 a 10, l'intensità media del dolore misurata è stata pari a 6.5 e l'83.7% dei

Figura 1

Pazienti con un trattamento del dolore in corso

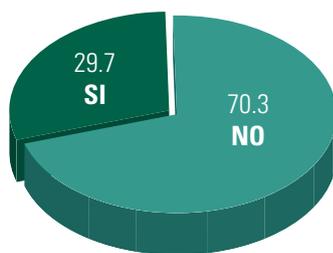
Tipologia di trattamento



pazienti ha dichiarato di essere affetto da dolore da almeno un anno. La *survey* ha evidenziato come i centri dedicati alla cura del dolore siano ancora poco noti sul territorio (figura 2): molti cittadini, ignorando i contenuti della legge 38, non sanno dove recarsi per chiedere assistenza

Figura 2

Percentuale di pazienti a conoscenza della legge 38 sulle cure palliative



e finiscono così per ricevere terapie che non rispondono alle loro esigenze antalgiche. Il dolore non trattato grava sulla vita delle persone colpite nell'89.1% dei casi, deteriorandone la qualità. Ha ripercussioni importanti sull'attività generale nel 49.2% dei casi, sull'attività domestica nel 19.8% e rende difficile il riposo notturno nel 15.7% dei casi. In una percentuale inferiore al 5.6%, ma pur sempre importante, deteriora la vita di relazione sia in ambito familiare che con gli amici.

► Lo scenario ospedaliero

Sempre nell'ambito dell'informazione ai cittadini, una giornata del tour CU.P.I.DO. ha visto il coinvolgimento di un'importante struttura ospedaliera romana. "Aderendo alla campagna CU.P.I.DO., il Policlinico Tor Vergata

ha voluto verificare come venisse applicata la legge 38 anche al proprio interno", ha dichiarato **Antonio Gatti**, Professore aggregato di Anestesia e terapia del dolore, Università degli Studi di Roma Tor Vergata e Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata. Ciò ha consentito di svolgere un'indagine anche su 200 pazienti ricoverati in 11 reparti della struttura ospedaliera, per appurare se la sofferenza fisica fosse correttamente monitorata e trattata. I risultati ottenuti, dopo la sorpresa iniziale, hanno stimolato una maggiore attenzione al problema nei vari reparti, determinando un ulteriore miglioramento della qualità assistenziale. Nella fattispecie, quasi il 73% dei ricoverati presentava un dolore di intensità elevata, nonostante fosse stato prescritto un farmaco analgesico al 71.4% degli intervistati. Il ricorso agli oppioidi forti era disomogeneo e oltre il 54% dei pazienti si dichiarava insoddisfatto del trattamento ricevuto, prescritto dallo specialista del dolore solo nel 28.7% dei casi.

Per verificare se si tratta di una realtà circoscritta o di un fenomeno nazionale, l'Associazione vivere senza dolore ha deciso di promuovere nel primo semestre del 2012 una nuova campagna itinerante denominata "HUB2HUB", allo scopo di sondare quanto sopra descritto e valutare il grado di conoscenza e applicazione della legge 38 nei reparti di strutture ospedaliere sede di un Hub.

www.qr-link.it/video/0312



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

Terapia orale per la malattia di Gaucher

► Sviluppato per offrire un'alternativa terapeutica ai pazienti adulti affetti dalla malattia di Gaucher di tipo 1, eliglustat tartrato (Genzyme), farmaco orale in sperimentazione sta fornendo buoni risultati. I dati di follow-up a quattro anni sui pazienti arruolati per lo studio di fase 2 mostrano il mantenimento nel tempo dei miglioramenti osservati, trasversali a tutti gli endpoint, compresi i marker della malattia ossea.

L'efficacia di eliglustat, in particolare per quanto riguarda i miglioramenti osservati nei marker della malattia ossea, unita al suo profilo di sicurezza, evidenziano il potenziale che questo farmaco potrebbe avere nel modificare il rapporto con la terapia dell'intera comunità dei pazienti Gaucher. La possibilità di disporre di una terapia orale offre vantaggi pratici, un più ampio accesso alla terapia e, cosa più importante, un miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

Disponibile un nuovo antiaggregante piastrinico

► È disponibile anche in Italia ticagrelor, un antiaggregante piastrinico di nuova generazione risultato efficace nel ridurre del 16% il rischio combinato di infarto miocardico, morte cardiovascolare, ictus in pazienti affetti da sindrome coronarica acuta (SCA). In particolare, questo risultato è guidato da una riduzione del 21% del rischio relativo di morte cardiovascolare, rispetto alla terapia standard (*NEJM 2009; 36: 1045-57*). In base alle sue proprietà farmacologiche e al suo meccanismo d'azione,

che permette un'insorgenza d'azione rapida e reversibile, ticagrelor si è dimostrato efficace per tutti i pazienti affetti da SCA, indipendentemente dal genotipo e dalla tipologia di intervento attuata in acuto.

Primo farmaco di una nuova classe di antagonisti del recettore P2Y12 denominata ciclo-pentiltriazolo-pirimidina (CPTP), ticagrelor in associazione con ASA, è indicato per la prevenzione di eventi cardiovascolari in pazienti adulti affetti da sindrome coronarica acuta, compresi i soggetti trattati con la sola terapia medica, sottoposti ad angioplastica o all'impianto di bypass aorto-coronarico.

Difficile per gli italiani smettere di fumare

► Solo il 22.2% degli italiani che hanno provato a smettere di fumare ha avuto successo, mentre il 54.5% non ci è mai riuscito. Il 23.3% non ha mai provato a smettere di fumare. I motivi: non hanno nessun interesse a farlo (il 37.3%) ed è un piacere al quale non sa rinunciare (27.9%). È quanto emerso dall'indagine condotta dalla Fondazione Umberto Veronesi e la Fondazione Pfizer, nell'ambito della campagna "No Smoking Be Happy", con l'obiettivo di indagare su quali sono i motivi per cui gli italiani adulti non riescono ad abbandonare il fumo. L'indagine, che ha coinvolto mille persone di età compresa tra i 30 e i 64 anni, sia ex-fumatori che fumatori, è stata organizzata anche per capire qual è il ruolo delle campagne antifumo e di come implementare ulteriormente gli strumenti che le due fondazioni, da anni, mettono a disposizione dei cittadini per prevenire l'iniziazione del fumo e favorire il percorso di disassuefazione.

In cucina la prevenzione cardiovascolare

► Una corretta informazione alimentare è essenziale per la prevenzione cardiovascolare. Dopo il successo della distribuzione dell'"Agenda per la prevenzione cardiovascolare 2012" prenderà il via una nuova iniziativa per i cittadini, targata Teva e Movimento dei Consumatori. Sono in programma circa trenta eventi organizzati sul territorio nazionale, in cui verranno forniti consigli su come prevenire le malattie cardiovascolari e saranno organizzati corsi di cucina salutare in collaborazione con le scuole alberghiere.

Deficit di attenzione e iperattività sul web

► Studi epidemiologici internazionali denunciano una prevalenza del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), che varia tra il 4% e il 6%. Una sindrome così comune in molti Paesi e, come suppongono gli esperti della materia, decisamente sottodiagnosticata in Italia dove, su una prevalenza stimata di circa 300.000 bambini e adolescenti con tale disturbo, solo l'1.5% (4.500) riceverebbe una diagnosi e un trattamento adeguato. Un supporto utile per la popolazione sul disturbo è il sito www.adhdandyou.it, i cui contenuti sono stati validati da un board di neuropsichiatri infantili. Attraverso un percorso semplice, genitori e insegnanti possono trovare le informazioni fondamentali sull'ADHD, indicazioni su quando il comportamento del bambino può far nascere il sospetto di una sofferenza e a chi eventualmente rivolgersi.