

# M.D.

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

Anno XIX, numero 4 - 5 aprile 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

### FOCUS ON 8

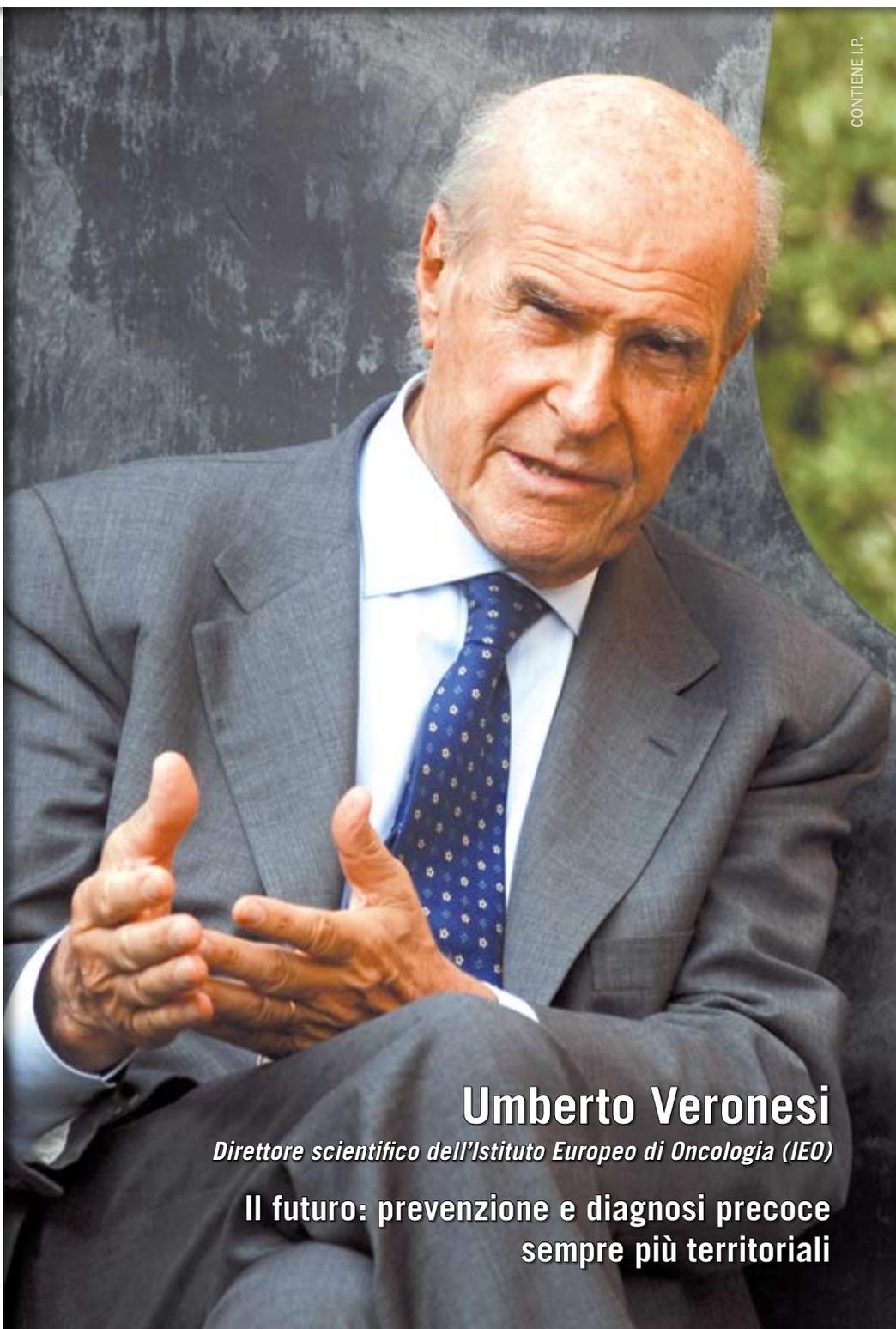
**Cure primarie  
e proposte sindacali**

### PROSPETTIVE 11

**Documento programmatico  
Mmg-Aifa per una nuova  
governance del farmaco**

### RASSEGNA 37

**Continuum cardiovascolare:  
stato dell'arte  
e prospettive future**



CONTIENE I.P.

**Umberto Veronesi**

*Direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO)*

**Il futuro: prevenzione e diagnosi precoce  
sempre più territoriali**

## ATTUALITÀ

■ <b>Editoriale</b>	Ridefinizione del ruolo del medico: un appello trasversale .....	3
■ <b>Intervista</b>	Il futuro: prevenzione e diagnosi precoce sempre più territoriali .....	4
■ <b>Focus on</b>	Cure primarie e proposte sindacali .....	8
■ <b>Prospettive</b>	Documento programmatico Mmg-Aifa per una nuova governance del farmaco .....	11
■ <b>Riflettori</b>	Smi denuncia il fallimento della ricetta online .....	12
■ <b>Vox Legis</b>	Certificati di malattia e obbligatorietà della visita medica .....	14

## AGGIORNAMENTI

■ <b>Algologia</b>	Attuale orientamento terapeutico sul trattamento del dolore .....	20
■ <b>Cardiologia</b>	Conferme per la misurazione della PA su entrambe le braccia .....	21
■ <b>Diabetologia</b>	Automonitoraggio della glicemia nel diabete di tipo 2 .....	22
■ <b>Gastroenterologia</b>	Nuovo approccio terapeutico per la stipsi cronica .....	24
■ <b>Malattie infettive</b>	Eccellenza italiana nelle politiche di offerta del test HIV .....	26
■ <b>Neurologia</b>	Individuare la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno .....	27
■ <b>Oftalmologia</b>	Interessamento oculare nella rinite allergica .....	28
■ <b>Pneumologia</b>	BPCO e identificazione dei pazienti a rischio di riacutizzazioni .....	29
■ <b>Reumatologia</b>	Sclerodermia: diagnosi precoce e futuro delle terapie .....	30

## CLINICA E TERAPIA

■ <b>Documenti</b>	Nuovo piano prevenzione vaccinale .....	33
■ <b>Rassegna</b>	Continuum cardiovascolare: stato dell'arte e prospettive future .....	37
■ <b>Pratica medica</b>	Dolori addominali ricorrenti in una giovane paziente .....	42
■ <b>Ricerche</b>	Conoscenze e bisogni formativi dei medici sul rischio radiologico .....	44
■ <b>Monitor</b>	.....	48

### 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 Bisconcini, Claudio Borghi, Nicola Dilillo,  
Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin,  
Carla Marzò, Giacomo Tritto

**Redazione:** Patrizia Lattuada, Anna Sgritto

### Grafica e impaginazione

Manuela Ferreri, Rossana Magnelli

**Produzione:** Giancarlo Oggionni

**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



Member of IFSC  
Association of Publishers of Health Sciences of Countries

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.

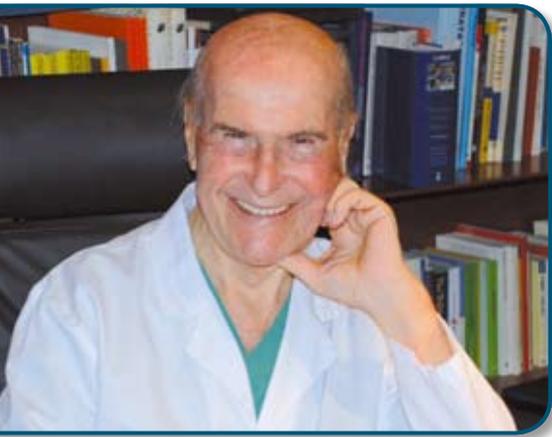
I dati relativi agli abbonati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs del 30 giugno 2003 n.196, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare e cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Passoni Editore srl, Responsabile dati, Via Boscovich n. 61 - 20124 Milano

# Ridefinizione del ruolo del medico: un appello trasversale

I sindacati di categoria hanno fatto "i compiti a casa" e diligentemente hanno inviato al ministero della Salute quanto loro richiesto: mettere nero su bianco le proposte per la riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, tenendo ben presente l'esigenza del come realizzare l'integrazione tra le cure di primo e secondo livello. D'altronde il progetto ministeriale dell'assistenza h. 24 non può che coinvolgere tutti gli attori del Ssn, indipendentemente dal loro profilo contrattuale. Bisognerebbe però tener presente che le diversità "contrattuali", sacrosante e legittime, qualificando la tipologia di medico - dipendente-dirigente, convenzionato, libero professionista - hanno di fatto delimitato la pratica professionale in confini distinti per categorie e comparti. Simili distinguo - declinati in un sistema sanitario sempre più parcellizzato e stretto nella morsa della scarsità di risorse - hanno di fatto alterato ed eroso il significato di due concetti, che sono il *core* dell'esercizio professionale, quelli di autonomia e responsabilità. Non è quindi un caso se, leggendo le varie proposte sindacali, sia del comparto ospedaliero sia della medicina di primo livello, al di là delle risoluzioni inerenti l'organizzazione dell'assistenza sul territorio, ci imbattiamo in una richiesta trasversale sulla necessità di riaffermare il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e terapia dei pazienti e dei processi gestionali sia nell'ambito ospedaliero sia territoriale e di chiarire una volta per tutte chi fa cosa. Ma forse, come suggerisce il libro di **Ivan Cavicchi** "Una filosofia per la medicina", per centrare questo obiettivo, bisognerebbe contemporaneamente "ripensare la Medicina" ferma allo stesso modello clinico di un secolo fa.

Resta comunque il fatto che il disagio professionale oramai accomuna tutta la categoria. Non meraviglia quindi la richiesta di **Riccardo Cassi**, presidente della Cimo Asmd che in una missiva inviata agli altri sindacati di categoria, medici di famiglia compresi, chiede di far nascere una "Costituente Medica" o di recuperare gli Stati Generali della Sanità. Secondo il presidente della Cimo Asmd, c'è l'urgenza di avviare un confronto e affrontare le principali criticità professionali, per fermare "la deriva della professione verso la sempre più progressiva marginalizzazione del medico all'interno del Ssn".

# Il futuro: prevenzione e diagnosi precoce sempre più territoriali



Per diffondere la cultura della prevenzione delle malattie attraverso corretti stili di vita bisogna ristudiare una medicina in cui il medico possa interagire attivamente con i suoi pazienti. Il Prof. Umberto Veronesi analizzando alcune criticità del Ssn fornisce elementi di discussione per una sanità basata su nuovi modelli culturali e strutturali, proiettati al futuro: ospedali sempre più tecnologici per la cura affiancati da un'organizzazione diagnostica capillare sul territorio, un ambito importante di cui il Mmg dovrebbe riappropriarsi

► **Patrizia Lattuada**

**N**ato a Milano da una famiglia contadina, il **Prof. Umberto Veronesi** ha dedicato tutta la sua attività clinica e di ricerca alla prevenzione e alla cura del cancro a favore della qualità di vita del paziente. Premiato con quattordici lauree honoris causa in medicina, è tra gli scienziati italiani più noti e stimati al mondo, non solo per i risultati dei suoi studi, ma anche per avere sempre interpretato il suo lavoro di medico come missione sociale. Oggi è Direttore scientifico dell'IEO di Milano, struttura d'avanguardia nel panorama mondiale.

Uomo di profonda umanità, è noto per il suo impegno civile e per la sua raffinata cultura, per la difesa dei diritti dei malati, per le battaglie per la laicità, la libertà della ricerca, la pace. È suo il progetto *Science for Peace* che si pone come obiettivo la ricerca di soluzioni scientifiche concrete per risolvere i conflitti e costruire la pace nel mondo.

La "chiacchierata" con *M.D.* ha toccato argomenti a lui cari, in particolare la prevenzione e la diagnosi precoce sul territorio, con alcuni suggerimenti per correggere le criticità presenti nel Servizio sanitario nazionale.

► **Su quali fattori di rischio si può intervenire per promuovere corretti stili di vita?**

"La definizione di stile di vita comprende diversi aspetti, da quello ambientale e sociale a quello legato a comportamenti e abitudini voluttuarie. Il rapporto dell'uomo con l'ambiente è legato a una quantità di fattori che dipendono dalla civiltà in cui si vive, che sia la città inquinata o la campagna incontaminata, ma si tratta soprattutto di fattori che non possiamo modificare singolarmente. La qualità dell'ambiente è però un tema essenziale da affrontare, anche attraverso la creazione di movimenti di cittadini

volti a sensibilizzare le istituzioni verso misure che garantiscano la sicurezza della popolazione esposta ai rischi ambientali. Diverso è per le abitudini voluttuarie - fumo, consumo di alcol e droghe - o l'aspetto alimentare, che sono fattori di rischio su cui l'individuo può intervenire direttamente.

È ormai dimostrato con certezza che il fumo di sigaretta è tra le cause del tumore al polmone, quindi è nostro dovere combatterlo. Appena fui insediato in carica come ministro della Salute presi 'carta e penna' e scrissi il disegno di legge anti-fumo. Allora l'influenza della lobby delle industrie del tabacco era molto forte, e ci vollero ben tre anni perché la legge fosse approvata, ma divenne la prima legge antifumo in Europa e una delle prime nel mondo. Tuttavia dobbiamo continuare a promuovere comportamenti consapevoli contro il fumo, perché è stato dimostrato che la prevenzione funziona. Oggi in Italia si fuma meno,

la frequenza e la mortalità per il tumore del polmone sono in diminuzione rispetto a venti anni fa e si calcola che nel 2030 la mortalità sarà così bassa da non essere più considerata la grande malattia di oggi.

Anche il consumo di alcol, in particolare modo di superalcolici, è in diminuzione, anche se purtroppo rimane il rischio dell'*addiction*, che però è meno accentuato che in passato.

La diminuzione di questi comportamenti individuali a rischio dimostra che incidono maggiormente le azioni educative rispetto al proibizionismo, che non dissuade dall'assunzione di sostanze che mettono a rischio la salute. Sono convinto, per esempio, che proibire il consumo legale di *Cannabis* sia un errore, non perché questa droga non abbia effetti dannosi, ma perché il proibizionismo non solo non impedisce a un'alta percentuale di giovani di consumarla regolarmente, ma favorisce anche un mercato nero gestito da criminalità e mafie. Non possiamo combattere la mafia mettendo i consumatori di stupefacenti in prigione: dobbiamo eliminare alla radice le cause che generano le mafie, tra queste il mercato illegale di droga. Dobbiamo essere consapevoli che in questo ambito stiamo commettendo errori giganteschi".

#### ► Quanto l'alimentazione influisce sulla salute?

"Un'alimentazione sana e consapevole è fondamentale per preservare la salute. L'area geografica più longeva al mondo è l'isola di Okinawa, dove i suoi abitanti hanno due importanti principi: *ishokudoghen*, che significa "il cibo è la tua medicina" e *yumaru*, che indica il senso di appartenenza: "ognuno deve continuare ad appartenere alla società". In altre parole ciò di cui ci nutriamo è un ele-

mento fondamentale per la nostra vita. Alimentarsi implica scegliere, e questa scelta può essere importantissima per preservarci da diverse malattie, a partire dai tumori.

Vanno consumati i cibi, in particolare i vegetali, che contengono molecole protettive. Oggi abbiamo a disposizione dati scientifici solidi, è ormai nota la capacità del licopene di ridurre il rischio di cancro alla prostata o dell'indolo-3-carbinolo contenuto nelle crucifere che svolge un'azione positiva contro il cancro al seno. Sono solo esempi e i ricercatori continuano il loro lavoro di studio sui cibi e sui loro componenti, utili o dannosi per la salute. Bisogna conoscerli e diffondere le informazioni, ma soprattutto i medici dovrebbero spiegare che meno si mangia meno ci si ammala".

#### ► Da cosa è dettata la sua scelta vegetariana?

"Io sono vegetariano principalmente per una scelta etica e filosofica, perché amo profondamente gli animali. Ho trascorso la mia infanzia in una cascina dove sono stato a contatto fraterno con loro. Gli animali - tutti gli animali - vanno rispettati e non uccisi per poi essere mangiati".

#### ► C'è spazio per la prevenzione all'interno dell'organizzazione sanitaria?

"La prevenzione è uscita dall'orizzonte del Ssn e questo è un grosso limite. Il Ssn ha ereditato dalle vecchie mutue un principio di tipo assicurativo: 'Tu ti ammali, io ti curo. Ma non faccio nulla per prevenire la tua malattia'. L'obiettivo della riforma sanitaria del 1978 era più ambizioso: uno dei cardini era l'attivazione e il potenziamento dei servizi di prevenzione sul territorio a cui destinare una

parte cospicua dei finanziamenti. Nel corso del tempo questi finanziamenti si sono sempre più assottigliati e il filo conduttore del processo sanitario è diventato solo la cura. Ma questa è una *short sighted vision*: noi dobbiamo guardare alle future generazioni. Soprattutto oggi che, a differenza di trent'anni fa, abbiamo analizzato il DNA e lentamente riusciamo a decifrare l'origine di molte malattie: per questo il futuro non può essere che nella prevenzione.

Bisogna ristudiare una medicina in cui il medico possa interagire con i suoi pazienti, anche quelli che comunemente non frequentano l'ambulatorio, quelli 'sani'. Sono consapevole che sia difficile trovare soluzioni, ma questo tema va affrontato e non possiamo più permetterci di rimandarlo. La società deve comprendere che la prevenzione è importante e che il medico, soprattutto quello di famiglia, è la chiave di questo processo. Faccio un esempio: il nostro Istituto ha organizzato una campagna di prevenzione sul melanoma in collaborazione con molte centinaia di medici di famiglia. La campagna prevedeva che i Mmg esaminassero annualmente la pelle di tutti i loro assistiti, prima forma fondamentale di prevenzione contro il melanoma, un gesto che dovrebbe far parte del normale rapporto tra il medico e il suo assistito, così come il controllo del battito cardiaco o della pressione. L'iniziativa è stata accolta con successo, ma nel tempo si è dimostrata difficile da attuare, non per la mancanza di volontà dei Mmg, ma soprattutto per la difficoltà a coinvolgere i cittadini".

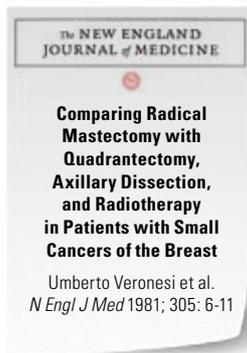
#### ► Bisogna dare più spazio alla relazione medico-paziente?

"È necessario che i medici, soprattutto quelli di nuova generazione,

## La svolta epocale che rivoluzionò l'oncologia mondiale

Trentun anni fa, nel 1981, furono pubblicati sul NEJM i risultati dello studio clinico, firmato da Umberto Veronesi, che determinò la svolta epocale nella cura dei tumori al seno: l'invenzione della quadrantectomia, che si diffuse in tutto il mondo, permettendo a milioni di donne, pur curate con successo, di preservare la propria identità corporea, evitando mutilazioni e asportazioni non necessarie.

“Fu l'avvio di una nuova filosofia nella cura dei tumori - spiega Veronesi - fino a quel momento il concetto era che l'organo colpito dalla malattia andava eliminato *tout court*. Le nostre ricerche hanno dimostrato che il principio guida da seguire è la preservazione dell'integrità corporea e della qualità di vita dei pazienti. Da allora il percorso dell'oncologia è cambiato, con interventi chirurgici sempre più conservativi e combinati, tanto che oggi siamo in grado di eliminare il tumore alla laringe senza che il paziente perda l'uso della voce, nel tumore dell'intestino spesso non è più necessario praticare la stomia, o nei tumori ossei l'amputazione e così via. Anche altre discipline hanno seguito questo percorso: l'invasività della radioterapia è progressivamente diminuita e oggi si è grado di concentrare il raggio sul bersaglio circoscritto e non più su vaste aree corporee, consentendo di risparmiare i tessuti circostanti. Ma per una buona radioterapia è necessario



disporre di apparecchiature sempre aggiornate, capaci di fornire trattamenti che diano il massimo risultato a fronte di minimi di effetti collaterali per il paziente.

In un futuro prossimo vedo nuove forme di trattamento localizzato, come la diffusione dei raggi concentrati a alte dosi, anche durante la chirurgia, e l'impiego di nuove particelle come i protoni o gli ultrasuoni focalizzati ad alta intensità.

Il beneficio reale è stato anche un altro: di fatto la popolazione ha cominciato ad avere più

confidenza con la classe medica, dimostrandoci più fiducia, questo perché capiva che ci occupiamo non solo di guarire ma anche di preservare la qualità di vita dei pazienti, che è fondamentale, perché vivere senza qualità non è vivere. In particolare per la popolazione femminile questo cambiamento è stato un incentivo per l'adesione alla diagnosi precoce. Oggi le donne fanno la mammografia sistematicamente, perché hanno la consapevolezza che per i tumori in fase iniziale i trattamenti chirurgici sono mininvasivi e consentono la conservazione della propria femminilità. La prospettiva è però quella di scoprire il tumore in fase sempre più precoce, e ancora una volta il futuro è la ricerca di una diagnostica sempre più avanzata”.

siano dotati di strumenti per aiutare i pazienti a cambiare stile di vita.

Fare prevenzione implica un atteggiamento culturale e una visione ad ampio raggio, e per fare questo occorre 'educare' il paziente, e non solo curare. Va riscoperta la dimensione comunicativa e l'arte della relazione tra medico e paziente anche attraverso un'adeguata formazione sulla comunicazione. Oggi è necessario che le grandi acquisizioni scientifiche siano spiegate con chiarezza e disponibilità ai pazienti, sulla base di un 'umanesimo' che esalti la diffusione della cultura scientifica della prevenzione, perché in questo ambito le conoscenze sono il frutto di im-

portanti studi e ricerche, che vanno diffuse. Questo farà sì che la figura del medico acquisti ancor più autorevolezza. E, anche se serve poco ai fini della diagnosi, io visito sempre i miei pazienti. Nel momento in cui tocchiamo il loro corpo o auscultiamo il loro torace inevitabilmente si crea un rapporto umano basato sulla fiducia reciproca”.

### ► Quali sono le criticità che lei rileva nel funzionamento del Ssn?

“Io sono stato tra i fautori e tra gli autori della legge di istituzione del Ssn del 1978. Ancora oggi il servi-

zio sanitario nazionale ci pone in una posizione di primordine a livello internazionale e siamo il Paese che ha il migliore indice di accessibilità alle cure, con un buon livello di prestazioni sanitarie. Ci sono però alcune criticità, oltre all'ambito preventivo, che meriterebbero una profonda riflessione e una revisione.

Un punto debole è l'eccessiva ingerenza della politica. Oggi gli ospedali sono diretti da direttori generali nominati dai partiti politici; questo non vuol dire che non possano essere dei dirigenti efficienti, in quanto la politica è espressione della volontà popolare. Tuttavia scegliere un direttore solo sulla base dell'apparte-

nenza a un partito crea sfiducia nei medici. Credo che si debba introdurre una categoria di direttori generali ospedalieri che provengano da scuole di formazione sanitaria e che vadano scelti attraverso concorsi aperti e basati sul merito.

L'altra criticità è quella della trasformazione degli ospedali in aziende. Solo il nome è già di per sé un errore: per definizione l'obiettivo di una azienda è quello di creare profitto e la valutazione è prettamente economica. Ma questi sono valori che hanno poco a che vedere con i luoghi di cura, dove non si producono beni materiali, ma salute. Certo, una gestione accurata dei conti è sempre stata una componente fondamentale del buon funzionamento di un centro ospedaliero, ma non dev'essere la priorità. A fronte dei costi, il parametro di valutazione non possono essere i guadagni o le perdite economiche, ma quanto si è prodotto in termini di salute, cioè quante persone sono state curate e rimesse in buone condizioni di salute.

Un esempio in questo senso è la vicenda del San Raffaele di Milano. È certamente grave che l'Istituto avesse i 'conti in rosso', ma mi domando se si sia calcolato quante persone hanno guarito e salvato i medici e i ricercatori del San Raffaele, come queste vite potrebbero essere quantificate e conteggiate in un bilancio e, soprattutto, se è possibile monetizzare una vita salvata o resa degna di essere vissuta".

#### ► È necessario spostare risorse dall'ospedale al territorio?

"La riorganizzazione della sanità deve considerare nuovi modelli culturali e strutturali, proiettati al futuro. La medicina sta dividendosi in grandi aree: quella a carattere preventi-

vo e diagnostico, la gestione delle cronicità e la cura del paziente acuto e grave. In base a questa visione l'ospedale del futuro non ha nulla a che vedere con il territorio, ma deve svolgere una funzione prettamente terapeutica, utilizzando strumenti ad altissima tecnologia, e i medici che vi operano devono essere messi in condizione di stare al passo con la rapidità dei processi scientifici e tecnologici. A questo va affiancata un'organizzazione diagnostica adeguata, che deve essere diffusa in modo capillare su tutto il territorio, in grado di identificare precocemente la malattia e indirizzare i pazienti già diagnosticati ai centri ospedalieri specializzati".

#### ► In questa visione quale ruolo possono avere i medici di famiglia?

"Il mio parere è che i medici di famiglia italiani siano degli ottimi medici. Ho girato il mondo e ho conosciuto e lavorato a stretto contatto con i medici inglesi e americani, e posso testimoniare che nei Paesi anglosassoni la comunicazione tra medico e paziente è molto rigida e spesso si crea una barriera impenetrabile e un distacco formale con i pazienti. Al contrario il Mmg italiano ha un ruolo 'sociale', è molto più comunicativo e ha una buona capacità di interagire con il suo paziente.

Anche il livello e la preparazione in termini di cultura medica è buona. I Mmg sono generalmente colti e seguono puntualmente i percorsi di aggiornamento scientifico. Da ministro ho istituito il Sistema Nazionale per l'ECM, perché non si può immaginare che si pratichi la professione solo sulla base di quanto acquisito nel corso degli studi universitari. L'ECM non è solo un accumulo di crediti, ma ha

anche un valore filosofico e fa parte di un importante processo culturale della classe medica.

Il rischio che invece intravedo per i Mmg italiani è legato alle evoluzioni della diagnostica per immagini e di laboratorio. Anche in questo campo, l'impiego massiccio della tecnologia è stato il fattore determinante che ha permesso un vero e proprio salto di qualità, inimmaginabile fino a poco tempo fa. Tuttavia il Mmg deve trovare dei percorsi per riappropriarsi dell'ambito diagnostico, perché inevitabilmente rischia di diventare uno smistatore di pazienti, per di più condizionato da criteri economici e da paletti burocratici.

Come fare? Il medico non può più stare solo, nel proprio studio, senza tecnologia. Il mio suggerimento è quello di una riorganizzazione della professione attraverso la diffusione di forme di associazionismo: centri medici polispecialistici formati da Mmg, che svolgono a rotazione attività concordate. Ogni medico può lavorare in un'area specialistica in base ai propri interessi e competenze. Lavorare in gruppo vuol dire anche accrescere le proprie capacità, condividendo conoscenze e tecnologie. Per esempio non dovrebbe limitarsi all'esecuzione dell'EGC o dell'ecografia, ma effettuare anche altre indagini, come pap test, biopsie, proprio per riappropriarsi del suo ruolo centrale all'interno del Ssn".

[www.qr-link.it/video/0412](http://www.qr-link.it/video/0412)



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

# Cure primarie e proposte sindacali

Una breve sintesi dei documenti dei sindacati di categoria inviati al ministero della Salute sulla riorganizzazione delle cure primarie. Particolare attenzione viene posta alla continuità assistenziale e all'assistenza sul territorio h. 24 come da dettato ministeriale

Anna Sgritto

**E**ntro marzo i sindacati hanno dovuto presentare al ministero della Salute le proposte per il riordino delle cure primarie. Questa l'indicazione scaturita dalla seconda riunione del tavolo tecnico a cui, non senza perplessità, si sono attenuti i rappresentanti di categoria. Secondo quanto dichiarato dai tecnici ministeriali, infatti, la base del confronto non sarebbe stata la revisione dell'articolo 8 del Dlgs 502/1992, ma i progetti *ex novo* che ogni sigla avrebbe inviato al ministero sulla Continuità assistenziale, l'Emergenza urgenza, e l'Assistenza h. 24. Ritornare sui modelli organizzativi, la cui scelta peraltro ricade sulle Regioni, è apparso alquanto singolare alla maggior parte dei sindacati. Così i documenti inviati al ministero si sono distinti anche per la loro formulazione: proposte congiunte dei vari comparti e firmate da più sigle sindacali oppure estremamente sintetiche in cui si delineano i punti salienti della propria *vision* di cambiamento. Dei veri e propri promemoria in cui si sottolineano alcuni passaggi strutturali per poter attuare un cambiamento che non sia "di maniera".

## ► Fimmg, Fimp, Sumai e Cimo

Fimmg, Fimp, Sumai e Cimo hanno inviato un documento congiunto in cui, ribadendo la necessità di conclu-

dere l'iter di riforma dell'8 del Dlgs 502/1992, delineano i quattro punti essenziali per il cambiamento già definiti in precedenza: sviluppo del lavoro di gruppo; ristrutturazione del compenso in cui si separi la quota dell'attività professionale da quella per i fattori di produzione; evoluzione verso il ruolo e l'accesso unico in medicina generale; coordinamento tra Mmg, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali. Per l'Emergenza Urgenza, si chiede l'attivazione di un Dipartimento *ad hoc* che comprende: 118, Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento, Breve Osservazione e Medicina di Urgenza. C'è poi una proposta anche per la formazione: "riduzione della durata dei corsi di specializzazione (uniformità alle norme europee) e di formazione specifica (omogeneizzazione dell'offerta formativa post laurea), in modo da mettere a disposizione più rapidamente risorse professionali necessarie alla sostenibilità del sistema". Nel documento, oltre alla richiesta di strumenti legislativi che riaffermino: "il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e terapia dei pazienti e dei processi gestionali che sottendono alle cure (...)", si sottoli-

nea l'esigenza di una configurazione legislativa dei rapporti tra medici della dipendenza e convenzionati, che riservi anche a questi ultimi un ruolo nella *governance* di un territorio integrato con l'ospedale. A tale proposito nel documento si legge: "Il ruolo e la responsabilità nella gestione e governance di progetti complessi di integrazione Ospedale-Territorio, vanno chiariti in sede legislativa, anche in merito ad una valorizzazione confrontabile del ruolo connesso al mandato di opera professionale sia clinico che gestionale in capo ai professionisti medici (ospedalieri e territoriali), indipendentemente dalla loro condizione contrattuale (dipendenza o convenzionamento), allo scopo di rendere necessariamente dialoganti per le competenze di cogestione organizzativa gli ambiti contrattuali ai vari livelli nazionali, regionali e aziendali".

## ► Le proposte dello Smi

Il documento dello Smi è corredato da slide riassuntive ed esplicative con cui si ribadisce il ruolo strategico del medico di Assistenza primaria e di Continuità assistenziale, si rilancia la centralità del distretto, la necessità





di prevedere il ruolo unico di accesso alla medicina generale e il passaggio alla dipendenza del 118, si richiede la ristrutturazione del compenso e la valutazione dei fattori di produzione assistenziale e si afferma con forza il modello assistenziale integrato (ospedale forte-territorio forte). Accessibilità; capillarità; relazione fiduciaria; qualità diffusa e omogenea; libera scelta; gradimento e orientamento solistico centrato sulla persona devono essere elementi essenziali del riordino del comparto e dell'integrazione. Inoltre Smi sottolinea la necessità di: *"una politica sanitaria basata non solo su criteri gestionali ed economici, ma che punti anche alla formazione di tutte le professioni mediche sanitarie e sociali, basata sul modello "long life learning" (pre-laurea, post-laurea, e continua), gestita in collaborazione tra le varie istituzioni competenti (università, aziende sanitarie, regioni, associazioni scientifiche e professionali). Fino ad oggi, molto si è parlato dei modelli organizzativi sul territorio ritenendo che la costruzione dei nuovi modelli e in particolare di forme associative territoriali, più o meno complesse, potessero essere la soluzione delle problematiche emergenti"*. Il sindacato ritiene che questa modalità normativa/organizzativa debba tenere conto delle realtà e dei contesti socio-orogeografici-demografici ma anche dei profili riguardanti la prossima riduzione in termini assoluti dei laureati in medicina: *"A nostro parere i modelli organizzativi delle cure primarie possono e debbono essere decisi e condivisi a livello periferico e che comunque ogni tipo di modello proposto ed applicato debba garantire alcuni criteri declinati a livello centrale: equità, efficienza, efficacia, integrazione"*.



### ► Cgil Medici e il medico delle cure primarie

Abolizione della guardia medica, passaggio alla dipendenza dei medici del 118, garantendo i diritti acquisiti di chi sta già in graduatoria e in convenzione, abbattimento del massimale di assistiti a 1.000 per gli attuali Mmg, accesso e ruolo unico per tutti i medici convenzionati (specialisti ambulatoriali, Mmg e pediatri di libera scelta), strutturazione di "Centri Territoriali" di coordinamento della erogazione di tutti i servizi e informatizzazione del sistema. Sono queste le proposte di Cgil Medici che dovrebbero portare all'istituzione di un nuovo profilo professionale quello del medico di cure primarie *"strettamente legato al territorio di competenza (distretto, centro di salute, ecc), e in grado di svolgere le rispettive attività della*

*medicina generale, specialistica ambulatoriale, in integrazione con gli altri medici e le altre figure sanitarie, di quel territorio"*.

### ► Simpef: unità funzionali di cure pediatriche distrettuali

Il Sindacato Medici Pediatria di Famiglia (Simpef) nella proposta inviata al ministero della Salute sottolinea la specificità dell'assistenza pediatrica e chiede *"un percorso differenziato e complementare rispetto alla medicina generale"*. Propone quindi di allargare la fascia di età pediatrica fino a 18 anni, *"in considerazione dei processi evolutivi, sul piano biologico neuropsicologico e sociale, caratteristici dell'età adolescenziale"* e di costituire *unità funzionali di cure pediatriche distrettuali che raggruppino a livello di distretto tutti i pediatri di famiglia"*.



## Le indicazioni dello Snamì in 5 punti

### I cinque punti alla base della proposta Snamì presentata al ministero

1. Disponibilità da parte della medicina generale convenzionata (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Emergenza territoriale - 118, Medicina dei servizi) a studiare sistemi sperimentali atti ad intercettare i bisogni veri o percepiti come tali, dei cittadini che,impropriamente, afferiscono alle strutture dei Pronto soccorso (PS), evitando di consultare in maniera diretta o indiretta la medicina generale.
2. L'Assistenza primaria deve conservare la sua peculiarità data dal rapporto duale medico-paziente e la capillarità degli studi medici.
3. Mantenimento e potenziamento della medicina in rete con sviluppo della IT.
4. È nostra convinzione che l'apertura h. 12, 7 giorni su 7, non porti alla risoluzione dell'iperafflusso ai PS, soprattutto visti i tempi delle liste di attesa delle visite specialistiche e degli esami strumentali e considerata la sostanziale gratuità dell'accesso ai PS.
5. Tenendo conto di quanto sopra enunciato, secondo la programmazione regionale, nel rispetto del dettato contrattuale, la medicina generale globalmente intesa come da punto 1, si rende disponibile a sperimentare forme di ambulatori territoriali dove si alterneranno, secondo schemi da definire, i medici dell'intero comparto.



► **Il contributo degli “ospedalieri”:  
Anaa-Assomed e l’intersindacale**



La definizione del ruolo giuridico del medico e di tutti gli attori coinvolti nel cambiamento delle cure sul territorio è un tema a cui dà particolare rilievo anche il documento intersindacale di Anaa Assomed - Aaroi-Emac - Fvm - Fassid – Cisl Medici - Fesmed – Anpo-Ascoti-Fials Medici - Ugl Medici. Già nella premessa si sottolinea che: *“Qualsiasi modello organizzativo/assistenziale si intenda sviluppare non può prescindere da una corretta definizione ed individuazione delle competenze, conoscenze, responsabilità dei singoli attori, (...) presupposto per superare l’attuale sistema, variegato nella varie Regioni (...)”*. Su questo

concetto si ritorna in merito alle modifiche dell’art. 8 del Dlgs 502/92 che, oltre a dover essere coerenti con il modello che si intende sviluppare, devono porre: *“particolare attenzione alla definizione del ruolo giuridico del medico, quale garante della salute del cittadino e responsabile della continuità delle cure, alla omogeneizzazione delle tutele, alla individuazione di modalità capaci di assicurare flessibilità tra i diversi settori del sistema”*.

La continuità assistenziale deve poter coniugare: *“la capillarità di diffusione degli studi di medicina generale con l’attività di strutture multiprofessionale per intercettare la domanda di bassa complessità che si rivolge al Pronto Soccorso (...)”*. Per il comparto dell’emergenza (pre-ospedaliera e ospedaliera) si deve prevedere

*“un’unica organizzazione dipartimentale (...)”*. Perni del riordino delle cure primarie sono lo sviluppo dei modelli di associazionismo e l’individuazione di strutture territoriali di riferimento multiprofessionali o multidisciplinari *“deputate alla presa in carico, anche in un setting degenziale, di condizioni di fragilità e complessità assistenziale collegate alla cronicità ed alla risoluzione di problematiche socio-sanitarie post-acuzie”* Un obiettivo da centrare riorganizzando la rete ospedaliera e promuovendo *“un modello di ospedale radicato nel territorio e collegato con la rete assistenziale anche con l’adozione di procedure e protocolli condivisi”* per la presa in carico integrata fra Mmg e specialisti. La formazione post laurea dovrà rispondere a questo nuovo assetto assistenziale.

# Documento programmatico Mmg-Aifa per una nuova governance del farmaco

*Il Gruppo di Lavoro sulle cure primarie, istituito dall'Aifa in collaborazione con i medici di famiglia, ha licenziato il Documento programmatico: "Il Medico di Medicina Generale e il farmaco: interazione tra medico, paziente e autorità regolatorie. In uno spazio web dedicato ai medici di medicina generale, sul sito dell'Agenzia, i Mmg potranno visionare il Documento, registrarsi e lasciare commenti*



**P**er sviluppare una politica del farmaco più coerente e omogenea attraverso i binari dell'appropriatezza è necessario valorizzare il Mmg nel suo ruolo di prescrittore, di guida nei confronti dei pazienti per una corretta assunzione ed aderenza alla terapia, di figura di raccordo con le terapie farmacologiche prescritte da specialisti ambulatoriali, di collaboratore delle istituzioni e delle imprese del farmaco e nel suo ruolo di farmacovigilanza. È questo in sintesi il messaggio "chiave" del "Documento programmatico siglato dai Mmg e l'Aifa. Il Documento analizza dettagliatamente le criticità legate alla prescrizione dei farmaci sul territorio e individua un sistema di norme e strumenti con cui l'Aifa può "meglio supportare l'operato dei medici di famiglia, in sintonia con le altre componenti assistenziali in una visione di sistema e non di puro comparto". A tal proposito si evidenzia che il Mmg: anche quando (tra)scrive una prescrizione di uno specialista investe una sua specifica responsabilità e questa attività professionale qualificante non può essere considerata solo come un filtro burocratico. Le norme o regole predisposte dalle Autorità Regolatorie dovrebbero favorire questa evoluzione, avendo presente le attuali difficoltà che derivano soprattutto da alcuni principali fattori: enorme sviluppo delle scienze e tecnologie biomediche, diventate pervasive e dominanti su ogni atto medico; radi-

cale trasformazione culturale della medicina, caratterizzata da un sostanziale abbandono della dimensione umanistica, con estrema difficoltà ad integrare nell'atto medico il necessario e irrinunciabile atteggiamento del "prendersi cura" in modo integrale dei problemi della singola persona; crescente separazione della medicina specialistica dalla medicina generale soprattutto per quanto riguarda l'uso di farmaci innovativi.

Per sostenere tale processo, il Documento indica la via della convergenza tra nuova assunzione di responsabilità della classe medica e nuova elaborazione del sistema di regole dell'Aifa.

Dal loro canto i Mmg si impegnano a migliorare le capacità di attuare percorsi razionali, eticamente fondati ed economicamente sostenibili con percorsi formativi specifici, autorevoli e indipendenti; adottando sistemi di autovalutazione dei risultati; accettando sistemi di verifica dei risultati e dei livelli di efficienza raggiunti, eventualmente predisposti dall'Aifa e/o dal Ssn. Anche l'Aifa dovrà fare la sua parte: rivedendo l'impianto delle regole che vincolano la prescrizione dei farmaci da parte dei Mmg da un lato eliminando, ove possibile, le norme che hanno un senso prevalentemente burocratico e dall'altro incentivando la responsabilità del singolo medico e semplificando la classificazione dei medicinali per quanto riguarda la fornitura e dispensazione.

# Smi denuncia il fallimento della ricetta online

*Da parte degli organi competenti, non si prevedono deroghe alla data di entrata in vigore della fase operativa relativa alla dematerializzazione della ricetta medica. Il Sindacato dei Medici Italiani, alla luce delle criticità emerse dalla fase di sperimentazione, si oppone a questa presa di posizione e invia una diffida alle Regioni contro eventuali sanzioni ai medici*

**N**on ci sono buone nuove dall'incontro presso il ministero dell'Economia e i sindacati medici sul progetto inerente la dematerializzazione della ricetta cartacea (*M.D.* 2012; 2: 14-15). Almeno questo è quanto si deduce dalla presa di posizione dello Smi che denuncia l'insuccesso della sperimentazione della ricetta online e si oppone a un'eventuale ricaduta sui medici di tale fallimento. Una simile decisione è il risultato dell'incontro del 29 febbraio scorso, presso il Ministero del Tesoro-Ragioneria dello Stato in cui, secondo quanto esposto dal sindacato, è stata esplicitata la volontà dello stesso Ministero di procedere alla fase operativa della ricetta online, senza valutare il reale successo delle sperimentazioni in corso nel Paese.

"Dai vari interventi - ha spiegato **Luigi De Lucia**, vice segretario nazionale Smi - è venuta alla luce la necessità da parte della Ragioneria di Stato di avere maggiori e più corrette informazioni dalle Regioni, sia sulla fase sperimentale della ricetta elettronica, sia sulla fase attuativa, soprattutto in quelle realtà sottoposte ai Piani di rientro". Questa carenza di informazioni e la consapevolezza che il buon esito della sperimentazione riguarda solo alcune Regioni è alla base

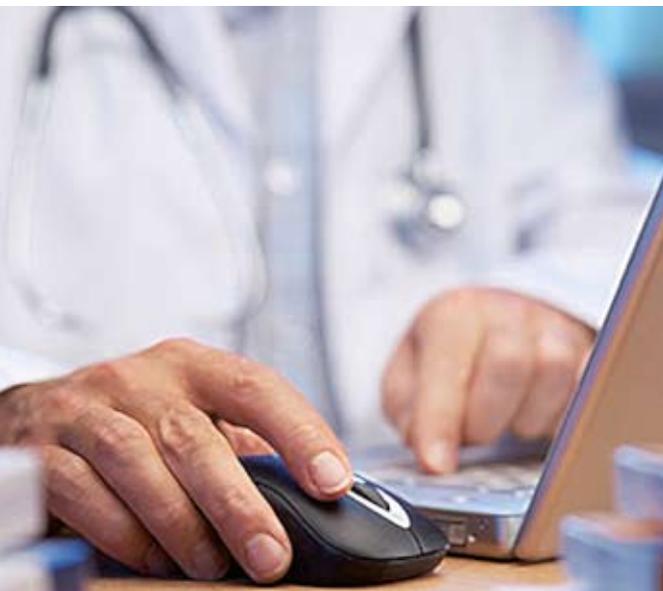
della presa di posizione del sindacato che diffida tutte quelle Regioni che non hanno provveduto ad adempiere compiutamente alla realizzazione di quanto previsto dagli accordi collettivi dei medici di medicina generale e del territorio (articolo 59/bis e 59/ter dell'Acn 2009) dal procedere all'entrata a regime del nuovo sistema di invio delle ricette online.

## ► Sanzioni illegittime

Secondo **Maria Paola Volponi**, responsabile nazionale Smi per l'area convenzionata, le applicazioni delle sanzioni previste da parte delle Regioni sarebbero del tutto illegittime se non vengono risolti gli evidenti problemi strutturali. "Tale imposizione - sottolinea Volponi - costituirebbe per i medici un obbligo lesivo della propria professionalità e un aggravio lavorativo, tecnico ed economico intollerabile e non previsto dalla convenzione.

Nella consapevolezza che il processo di ammodernamento informatico della medicina generale sia utile e auspicabile, lo Smi rimane, comunque, a disposizione per una serena e corretta condivisione delle strategie da mettere in campo per la migliore riuscita di tale progetto".

"Sinceramente - conclude Volponi - dal governo dei tecnici, ci aspettavamo più perizia e meno propaganda. Se però tanto le Regioni che l'Esecutivo non invertiranno la rotta, Smi si vedrà costretto ad adire le vie legali".



## Il dettato convenzionale

**L'art. 59 bis** dell'Acn 29 luglio 2009 al comma 4 afferma che il flusso informativo dei dati sanitari degli assistiti a cura dei medici di medicina generale attraverso la rete aziendale o regionale potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

Modificazioni ed integrazioni - Acn 29 luglio 2009: Dopo l'articolo 59 dell'Acn 23 marzo 2005 è inserito il seguente:

**Art. 59 ter** - Tessera sanitaria e ricetta elettronica

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il Ssn è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.
2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15% su base annua.
3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono

documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.

4. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.
5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.
6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30.

**L'art. 13 bis** dell'Acn 29 luglio 2009 afferma al comma 4 che il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'Azienda sanitaria come previsto dall'art. 59 bis dello stesso accordo. Il comma 5 dell'art. 13 bis dello stesso Acn afferma che il medico "aderisce e utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle Regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale" ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti dal D.M. 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 59 bis.

# Certificati di malattia e obbligatorietà della visita medica

*Se il medico di medicina generale nell'atto di redigere il certificato di malattia non visita il malato e certifica quanto verbalmente esposto del suo assistito rischia un mese di sospensione dall'esercizio professionale. È quanto si evince dalla sentenza numero 3705/12, redatta dalla terza Sezione Civile della Cassazione*

**P**uò essere sospeso dall'esercizio professionale il Mmg che giustifica la mancata presenza in servizio del lavoratore senza averlo visitato.

La certificazione deve attestare le patologie riscontrate e non le attestazioni fatte dal paziente, per non venire meno all'articolo 24 del codice deontologico. È questa in sintesi la conclusione dei giudici di Cassazione della terza Sezione Civile (Sentenza 3705/12, pubblicata il 9 marzo 2012) con cui si rigetta il ricorso di un Mmg contro la sanzione disciplinare di un mese di sospensione dall'esercizio professionale stabilita dal Consiglio dell'OMCeO di Milano.

Secondo i giudici di Cassazione "è escluso che possa ammettersi l'esistenza di certificati di tipo "anamnestico", in cui il sanitario si limiterebbe ad attestare quanto sostenuto dal cliente rispetto al proprio stato di salute nei giorni precedenti la redazione del documento...".

Inoltre nella sentenza, specificatamente nei motivi della decisione, i

giudici sottolineano che: "(...) preso atto che - come riconosciuto dallo stesso medico - questi aveva redatto, a richiesta del paziente, sul modulo ufficiale, certificati attestanti le patologie patite in giorni precedenti, come riferite dallo stesso, senza alcun accertamento medico - si riteneva integrata la violazione dell'art. 24 del codice deontologico per avere il medico rilasciato, quantomeno con superficialità, una certificazione diversa da quella autorizzata dalla normativa, nonostante fosse ragionevolmente chiaro il fine del paziente di giustificare le precedenti assenze dal lavoro".

Si ritiene "congrua la sanzione in ragione della gravità del comportamento, emergente dall'utilizzo del modulo e dalla mancata percezione della gravità (...) da parte del medico". "Di tutta evidenza è, poi, la non ipotizzabilità - già da un punto di vista logico - di un certificato anamnestico, nel quale la ricognizione di precedenti stati patologici riferiti dal paziente sia finalizzata, non al medico per pervenire ad una diagnosi attuale delle patologie in atto, ma alla giustificazione di una assenza dal lavoro. D'altra parte, proprio la disciplina - nell'ambito delle convenzioni tra Ssn e medici di famiglia - della certificazione per incapacità al lavoro su moduli (da inviare al datore di lavoro e all'ente previdenziale), rende evidente gli obblighi del medico, connessi alla sua funzione di certificatore di patologie riscontrate, al fine di scongiurare comportamenti illeciti".



# AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

---

---

---



## ■ **ALGOLOGIA**

*Attuale orientamento terapeutico sul trattamento del dolore*

## ■ **CARDIOLOGIA**

*Conferme per la misurazione della PA su entrambe le braccia*

## ■ **DIABETOLOGIA**

*Automonitoraggio della glicemia nel diabete di tipo 2*

## ■ **GASTROENTEROLOGIA**

*Nuovo approccio terapeutico per la stipsi cronica*

## ■ **MALATTIE INFETTIVE**

*Eccellenza italiana nelle politiche di offerta del test HIV*

## ■ **NEUROLOGIA**

*Individuare la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno*

## ■ **OFTALMOLOGIA**

*Interessamento oculare nella rinite allergica*

## ■ **PNEUMOLOGIA**

*BPCO e identificazione dei pazienti a rischio di riacutizzazioni*

## ■ **REUMATOLOGIA**

*Sclerodermia: diagnosi precoce e futuro delle terapie*

## ■ ALGOLOGIA

### Attuale orientamento terapeutico sul trattamento del dolore

**I**l dolore cronico *non cancer pain* colpisce circa 15 milioni di italiani.

L'approccio terapeutico di riferimento per il dolore cronico moderato-severo *non cancer pain* consiste nell'impiego di farmaci oppioidi forti, come suggeriscono le linee guida e le evidenze scientifiche. La somministrazione di questi presidi potrebbe, tuttavia, aumentare il rischio di sviluppare costipazione intestinale, l'effetto collaterale più preoccupante (*Pain Med 2009; 10: 35-42*).

Nuovi oppiacei sono ora disponibili anche per la classe medica italiana, come l'associazione ossicodone/naloxone a rilascio prolungato (PR) che unisce i vantaggi terapeutici dell'ossicodone a quelli relativi al trattamento/prevenzione della costipazione oppioide indotta dal naloxone.

#### ► Esperienza italiana

Si è svolto recentemente a Roma "sPAIN in Italy", 1° Simposio Italia-Spagna sulla gestione del dolore cronico", che ha visto la partecipazione di oltre 500 esperti italiani e spagnoli.

Nel corso dell'incontro il Professor

**Antonio Gatti**, Direttore UOSD Terapia Antalgica, Responsabile Hub Medicina del Dolore Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata di Roma, ha illustrato lo studio osservazionale prospettico "Trattamento del dolore non cancer pain con ossicodone/naloxone PR", che ha dimostrato e confermato il valore aggiunto, in termini di efficacia/tollerabilità, dell'associazione ossicodone/naloxone.

Nello studio sono stati valutati oltre 700 pazienti consecutivi con dolore cronico moderato-severo non oncologico, valutati a tempo 0 con NRS (Scala numerica di valutazione) e con BFI (Bowel Function Index, una scala di autovalutazione della funzione intestinale): NRS  $7.0 \pm 1.3$ ; BFI  $71.8 \pm 21.0$  e trattati con ossicodone-naloxone PR.

I follow-up sono stati effettuati dopo 15 giorni (T1), 30 giorni (T2) e 60 giorni (T3) dove risultavano valori quali NRS al T3  $2.4 \pm 1.5$ ; BFI  $35.3 \pm 21.8$ .

Nello studio sono stati analizzati due principali sottogruppi:

- pazienti naïve agli oppioidi
- pazienti non-naïve agli oppioidi.

Inoltre sono state valutate due sottoanalisi: per gruppi di età (pazienti  $\leq 65$  anni vs  $> 65$  anni) e per

distinzione di trattamento pregresso con oppiacei (deboli vs forti).

In tutti i follow-up è stato somministrato ai pazienti un questionario riguardante il cambiamento dello stato di salute (PGIC) rispetto al controllo precedente.

"La nostra esperienza maturata con l'associazione ossicodone/naloxone nel trattamento di oltre 700 pazienti con dolore cronico non oncologico - spiega Antonio Gatti - ha confermato l'efficacia della terapia nel controllo del dolore moderato-grave e una buona tollerabilità".

Dopo 60 giorni di trattamento, l'intensità media della sintomatologia dolorosa è scesa da un punteggio pari a 7 nella scala NRS a 2.4 e il 94% del campione ha giudicato migliorato il proprio stato di salute; a livello intestinale la funzionalità è passata da una situazione compromessa per un uso protratto di oppioidi a un valore prossimo alla normalità.

La risposta è stata ottima sia nel gruppo naïve sia nei non naïve agli oppioidi e anche in una categoria particolarmente fragile come la popolazione anziana.

[www.qr-link.it/video/0412](http://www.qr-link.it/video/0412)



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

## ■ CARDIOLOGIA

### Conferme per la misurazione della PA su entrambe le braccia

**D**opo diverse review che mostravano come negli ipertesi una differenza nei valori della pressione sistolica rilevati nelle due braccia fosse in grado di predire un aumentato rischio di eventi cardiovascolari, un nuovo studio (Clark CE et al. The difference in blood pressure readings between arms and survival: primary care cohort study. *BMJ* 2012; 344: e1327), ha non solo confermato questa osservazione, ma ha anche dimostrato che è valida a lungo termine, a 10 anni.

Inoltre, a differenza delle precedenti evidenze, rilevate essenzialmente nell'ambito della medicina specialistica, la nuova analisi è stata svolta in un setting di medicina generale e ha coinvolto 230 pazienti in trattamento per ipertensione arteriosa.

#### ► Evidenze dallo studio

Al reclutamento, il 24% dei partecipanti presentava una differenza dei valori di pressione sistolica fra le due braccia di almeno 10 mmHg e il 9% di almeno 15 mmHg.

A un follow-up mediano di circa 10 anni, queste differenze sono risultate associate a un aumentato rischio di mortalità per tutte le cause, corrispondente a un hazard ratio di 3.6. Si è inoltre registrato un aumento del rischio di mortalità nei partecipanti con pregressa malattia cardiovascolare (HR: 2.6).

Tale correlazione è stata dimostrata anche per quanto riguarda gli eventi cardio- e cerebrovascolari.

Da precedenti evidenze era emerso che una differenza di valori sistolici di almeno 10 mmHg tra le due braccia indica un aumentato rischio di vasculopatia periferica. Una differenza di almeno 15 mmHg è associata a un aumentato rischio di vasculopatia periferica, di pregressa malattia cerebrovascolare e di mortalità.

I nuovi dati ribadiscono quindi l'opportunità di misurare la pressione arteriosa bilateralmente come parte della visita di routine anche in un setting di medicina generale.

#### Indicazioni dalle linee guida

L'importanza della misurazione della pressione arteriosa ad entrambe le braccia è una indicazione che è già riportata nelle principali linee guida.

Per esempio nelle linee guida del 2008 sulla "Misurazione convenzionale e automatica della pressione arteriosa nello studio medico, a domicilio e nelle 24 ore" della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa viene indicato:



"La misurazione ad entrambe le braccia deve essere eseguita alla visita iniziale e, se si riscontrano differenze consistenti superiori a 20 mmHg per la pressione sistolica o 10 mmHg per la pressione diastolica, il paziente deve essere sottoposto a indagini per escludere una possibile arteriopatia, e si deve utilizzare in visite successive il braccio con la pressione più elevata".

## ■ DIABETOLOGIA

### Automonitoraggio della glicemia nel diabete di tipo 2

Un approccio sartoriale alla gestione dei pazienti con diabete di tipo 2 non in trattamento insulinico, grazie all'automonitoraggio strutturato della glicemia, in grado di migliorare il controllo glicemico e ridurre il BMI, senza aumentare il rischio di ipoglicemia.

È il risultato dello studio Prisma (*Prospective, Randomized Trial on Intensive SMBG Management Added Value in NIT T2DM Patients. Acta Diabetol 2011; epub ahead of print*), una ricerca tutta italiana e unica a livello mondiale.

Dal punto di vista clinico, l'autocontrollo glicemico (SMBG) è un valido strumento a supporto dell'autogestione del paziente e un mezzo indispensabile per i clinici per effettuare un'attenta valutazione dell'efficacia terapeutica. L'SMBG, infatti, fornisce informazioni immediate e strutturate sull'effetto che dieta, attività fisica, stress e terapia, hanno sulla glicemia giornaliera. L'efficacia dell'automisurazione della glicemia capillare da parte dei pazienti nella quotidianità è stata dimostrata nel diabete di tipo 1 e nel diabete di tipo 2 in terapia insulinica. Molti studi clinici, finalizzati a valutare come l'impiego dell'SMBG agisce sul controllo metabolico, concordano sulla sua utilità anche nei

pazienti con DM di tipo 2 non in trattamento insulinico (NIT T2DM). Tuttavia, altri studi non hanno condiviso questa conclusione.

È proprio in questo contesto che si cala lo studio Prisma, disegnato per valutare il valore aggiunto di un programma strutturato di gestione dell'autocontrollo glicemico intensivo in questi pazienti.

#### ► Lo studio

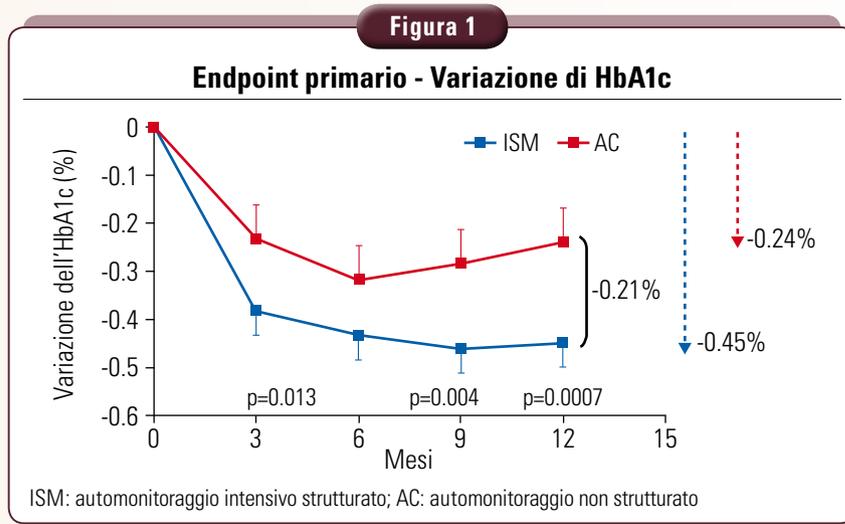
Il Prof. Emanuele Bosi, Direttore del Dipartimento di Medicina Interna dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, tra gli autori dello stu-

dio Prisma, ci ha illustrato il disegno e i risultati.

Lo studio ha coinvolto 39 centri di diabetologia, 1.024 pazienti diabetici, oltre 5.000 campioni di sangue analizzati per 12 mesi ed è stato disegnato per valutare se nei NIT T2DM l'uso intensivo a tempi e frequenze ben definite (strutturato) di SMBG rispetto all'uso non strutturato fosse efficace nel controllo della malattia, in particolare se migliori l'HbA1c attraverso l'ottimizzazione della terapia.

I pazienti sono stati randomizzati all'intervento con monitoraggio intensivo strutturato (ISM) con 4 misurazioni/die della glicemia per 3 giorni/settimana o un automonitoraggio non strutturato (AC). Inoltre i pazienti sono stati educati su come modificare il proprio stile di vita per raggiungere specifici target glicemici.

Il primo gruppo ha così ottenuto un taglio dell'emoglobina glicata dello 0.45% rispetto ai valori di partenza (figura 1).



## Cambiamento di paradigma

In contrasto con il concetto di SMBG casuale, l'autocontrollo strutturato, definito come l'esecuzione del test al momento giusto, con la giusta frequenza e nella giusta situazione per prendere le corrette decisioni terapeutiche, rappresenta un passaggio necessario per promuovere l'autocontrollo come strumento per migliorare la prognosi del diabete.

I risultati dello studio avranno delle ricadute positive nella pratica clinica, in quanto da una parte il paziente diventa costantemente consapevole dei propri livelli glicemici così da apportare correttamente le variazioni sullo stile di vita consigliate, dall'altro il medico attraverso la visualizzazione dell'andamento glicemico risultante dall'autocontrollo strutturato può effettuare aggiustamenti terapeutici informati. Dai dati raccolti nella ricerca si delinea infatti che l'approccio più efficace è quello sempre più personalizzato che, grazie a un rafforzamento della collabo-

razione tra medici e pazienti, consente di ottimizzare la gestione della terapia anche dal punto di vista dell'impatto sul Sistema sanitario nazionale.

[www.qr-link.it/video/0412](http://www.qr-link.it/video/0412)



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

QR-Code

## ■ GASTROENTEROLOGIA

### Nuovo approccio terapeutico per la stipsi cronica

■ **Patrizia Lattuada**

**L**a stipsi è un problema frequente nelle popolazioni dei Paesi industrializzati e se una parte dei soggetti che presenta tale disturbo si "autogestisce" ricorrendo ai diversi presidi disponibili, all'attenzione del medico giungono pazienti con stipsi cronica che presentano un corredo sintomatologico importante, tale da peggiorare la loro qualità di vita. Difficoltà espulsiva, sensazione di evacuazione incompleta e di ostruzione ano-rettale, gonfiore e dolore addominale che si risolve solo con l'evacuazione, necessità di manovre manuali (digitazione, sostegno del pavimento pelvico) sono i sintomi che caratterizzano la stipsi cronica.

"Spesso la sintomatologia non viene risolta con l'assunzione dei lassativi disponibili per diversi motivi - spiega il Prof. **Vincenzo Stanghellini**, Direttore del Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia dell'Università degli Studi di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi - che vanno dagli effetti collaterali provocati, alla necessità di cambiare spesso tipo di farmaco

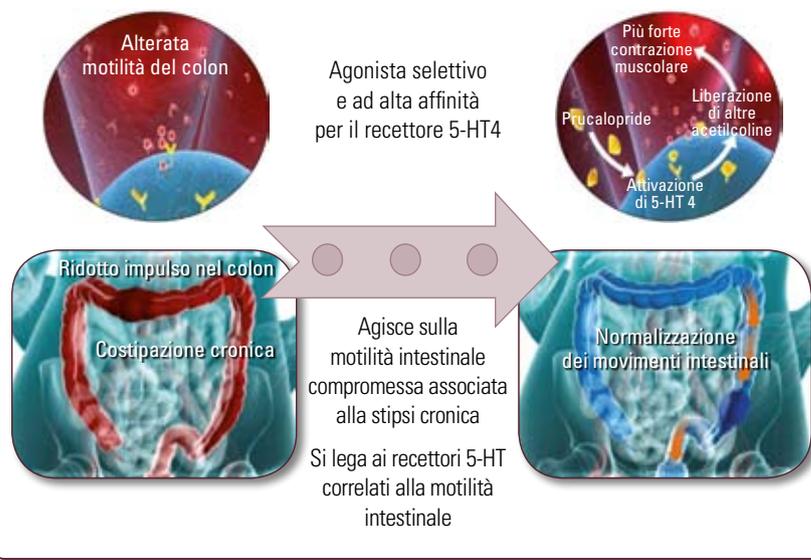
perché nel tempo non efficace. Se nella fase iniziale di assunzione di lassativi i pazienti sono soddisfatti, in seguito si assiste, indipendentemente dalla tipologia del presidio utilizzato, ad un grado di insoddisfazione molto importante (pari al 30%) o di sola parziale soddisfazione (pari al 40%). In pratica dei

pazienti che si rivolgono al medico quelli 'veramente soddisfatti' della terapia sono circa il 20-30%".

Un quadro complesso, dunque, che evidenzia la necessità di un approccio sempre più attento alla stipsi cronica e di opzioni terapeutiche più mirate con l'intento di diminuire gli effetti invalidanti della patologia sulla qualità di vita dei pazienti.

"Fortunatamente - continua Stanghellini - da oggi la classe medica ha a disposizione una nuova opzione terapeutica rivolta alla popolazione femminile affetta da stipsi cronica che non ha trovato una risposta soddisfacente ai numerosi lassativi disponibili. Si tratta di prucalopride, una soluzione che favorisce la motilità dell'intestino

#### Prucalopride: azione sulla motilità intestinale compromessa



## Identikit del paziente affetto da stipsi cronica

In Italia le persone affette da stipsi cronica sono per l'80% donne, con un'età media di 50 anni, e da circa 17 anni sono affette dalla patologia. Questo, in sintesi, l'identikit del paziente affetto da stipsi cronica, patologia che colpisce circa il 15-20% della popolazione italiana, descritto dalla ricerca LIRS (*Laxative Inadequate Relief Survey*) condotta da Doxa Pharma con il supporto non condizionato di Shire Italia. L'obiettivo della *survey* è stato quello di indagare sulla qualità di vita di chi soffre della patologia, sull'impatto socio-economico della stessa e sul grado di soddisfazione/insoddisfazione dei pazienti nei confronti delle terapie disponibili. Nell'indagine sono stati coinvolti 39 centri di eccellenza nel trattamento della stipsi cronica distribuiti sul territorio nazionale e circa 900 pazienti. È stato confermato che la stipsi cronica presenta un impatto notevole sulla vita sociale e l'attività professionale, che si traduce in alti costi economici. In particolare sono emersi i risultati illustrati di seguito.

- Gonfiore, sforzo ed evacuazione incompleta sono le manifestazioni

più fastidiose avvertite in modo forte e molto forte da circa il 50% del campione;

- il 46% dei pazienti con stipsi cronica giudica "non buona" la propria salute;
- con il passare degli anni i sintomi peggiorano;
- le implicazioni emotive, al pari di quelle fisiche, provocano un'alterazione del benessere del paziente, condizionando il modo di affrontare la quotidianità. Esse riguardano sensazioni provate in modo molto forte, per esempio la preoccupazione di non essere riuscito ad andare di corpo al bisogno (67%), la sensazione che il corpo non funzioni bene (62%) e la paura che i disturbi peggiorino (58%);
- il numero di ore lavorative perse in una settimana a causa della stipsi cronica va da 4 ore nei casi più gravi a circa 1 in quelli più lievi. Si è calcolato che un paziente con stipsi cronica grave costa in media, in termini di assenteismo, 1.500 € all'anno;
- solo 1 paziente su 5 è soddisfatto della terapia in atto. La percentuale di chi si dichiara, invece, insoddisfatto va dal 35% per i pazienti di grado moderato al 50% per quelli più severi.

in modo fisiologico. La molecola agisce come agonista selettivo del recettore della serotonina (5-HT<sub>4</sub>) che ha come bersaglio l'alterata motilità del colon. In questo modo viene favorito il coordinamento dei movimenti peristaltici dall'alto verso il basso, che porta-

no i contenuti intestinali verso il retto, facilitando la normale evacuazione."

### ► Esperienza clinica

L'efficacia di prucalopride (2 mg/die e 4 mg/die) è stata valutata in

tre studi multicentrici, randomizzati, in doppio cieco, di 12 settimane controllati con placebo in soggetti affetti da costipazione cronica (*Drugs 2009; 69: 2463-76*). L'endpoint primario era rappresentato dalla percentuale di soggetti che raggiungevano la normalizzazione dei movimenti intestinali ( $\geq 3$  movimenti) per settimana nell'arco del periodo di trattamento. Entrambe le dosi hanno mostrato una differenza superiore ( $p < 0.001$ ) rispetto al placebo. In tutti e tre gli studi, il trattamento con prucalopride ha comportato anche significativi miglioramenti nelle valutazioni di una serie di sintomi addominali, defecatori e rettali.

Inoltre è stato osservato un beneficio significativo rispetto a un determinato numero di parametri riguardanti la qualità della vita, come il livello di soddisfazione rispetto al trattamento, alle abitudini intestinali e alle preoccupazioni, i fastidi e i disagi fisici e psicosociali.

Nei trial prucalopride non ha mostrato fenomeni di rebound e non ha indotto dipendenza.

[www.qr-link.it/video/0412](http://www.qr-link.it/video/0412)



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

## ■ MALATTIE INFETTIVE

### Eccellenza italiana nelle politiche di offerta del test HIV

L'Italia è il primo Paese dell'Unione Europea ad avere redatto una propria legislazione sull'offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV. In un periodo storico in cui il nostro Paese è costantemente "controllato a vista" dall'UE, questo non può essere che una nota di eccellenza.

Clinici ed esperti da tutta Europa si sono infatti recentemente riuniti a Copenaghen per fare il punto sullo stato dell'arte dell'Aids, dopo la recente richiesta dell'UE ad ogni Stato membro di intervenire per regolamentare e redigere delle proprie linee guida sull'HIV.

A margine dell'incontro, **Giuliano Rizzardini**, Direttore Dipartimento Malattie Infettive, AO Luigi Sacco di Milano ha affermato: "Sull'HIV in Italia c'è una situazione di sommerso pari al 25%, sovrapponibile a molti altri Paesi europei e simile a quella degli Stati Uniti, che favorisce il perpetuarsi della trasmissione del virus. L'implementazione di politiche per l'offerta del test sono estremamente importanti, anche nell'ottica, come recenti studi hanno evidenziato,

di come l'offerta e l'esecuzione del test sia il miglior mezzo di prevenzione contro la diffusione del virus dell'HIV." Il "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia" (luglio 2011) è stato redatto dalla Commissione Nazionale per i diritti di lotta contro l'Aids con il contributo di tutti i livelli politico-istituzionali, società scientifiche e delle associazioni di pazienti.



#### ► Principi generali

Il documento puntualizza che circa il 30% delle diagnosi di infezione da HIV viene effettuato in persone che sono già in stato avanzato di malattia (linfociti CD4 <200/mm<sup>3</sup> e/o patologie indicative di AIDS) e comunque quasi il 60% delle diagnosi di AIDS viene fatta in soggetti con tardivo riconoscimento dell'infezione da HIV.

Il fenomeno determina diverse conseguenze negative e su queste basi viene affermato che deve essere garantita la gratuità del test e la più ampia facilità di accesso ai cittadini. L'esecuzione è possibile solo con il consenso della persona. Deve

essere garantita la totale riservatezza e tutti i dati sensibili devono assicurare adeguati standard di sicurezza e il rispetto della privacy. Deve essere garantita l'informazione, e l'effettuazione del test e la consegna del suo risultato, sia con esito negativo sia positivo, deve essere accompagnata da informazioni svolte da personale adeguatamente formato.

Occorre favorire l'accesso dei minori al test HIV evitando che il test venga fornito senza uno specifico colloquio che affronti sia il tema della prevenzione sia il problema dell'eventuale coinvolgimento dei genitori nonché la possibilità di coinvolgere il giudice minorile.

Il Ssn deve rendere disponibili servizi ambulatoriali e/o punti di prelievo che garantiscano all'accesso alla diagnosi per HIV, senza la richiesta del medico di famiglia. Il test deve essere offerto in tutte le condizioni cliniche che possono essere riferite all'infezione da HIV e in maniera sistematica nei servizi per tossicodipendenti e nelle carceri, nonché alle donne in gravidanza.

Il dibattito è aperto sulla questione dei grandi minori, con età dai 16 ai 18 anni.

Oggi il Documento non permette di poter accedere al test a questa fascia di età senza il consenso dei genitori, mentre prima era previsto solo dai 16 anni in giù. Per le Associazioni dei pazienti si potrebbe perdere una delle fasce più fragili e che ha una percezione dell'HIV del tutto irreali.

## ■ NEUROLOGIA

### Individuare la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno

**Giuseppe Plazzi**

*Responsabile Laboratorio per la Diagnosi e la Cura dei Disturbi del Sonno  
Università degli Studi Bologna*

**L**a sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (Obstructive Sleep Apnea Syndrome, OSAS) secondo la definizione dell'American Sleep Disorders Association è caratterizzata da "sonnolenza diurna e/o alterazioni delle performances diurne e russamento notturno" e da "ripetuti episodi di ostruzione delle prime vie aeree, durante il sonno, associati a riduzioni della saturazione di ossigeno dell'emoglobina arteriosa".

L'OSAS colpisce circa il 4% dei maschi e il 2% delle donne; circa due milioni di soggetti in Italia sono, quindi, affetti da questa malattia, anche se per la scarsa conoscenza e consapevolezza della patologia, fino a pochi anni fa, la diagnosi di certezza è stata effettuata solo in una esigua minoranza di casi. Ancora oggi il 75% delle OSAS non viene diagnosticato.

I soggetti più a rischio sono maschi, tra i 35 e i 55 anni, in soprappeso. L'obesità infatti rappresenta uno dei principali fattori determinanti della sindrome.

Anche la presenza di alterazioni anatomiche che ostruiscono le prime vie aeree come l'ipertrofia adenotonsillare, la macroglossia, la micro e retrognatia rappresentano fattori predisponenti non trascurabili.

L'importanza clinica delle alterazioni respiratorie durante il sonno,

oltre all'evidente rischio durante il giorno di infortuni, è correlata agli effetti sistemici delle variazioni periodiche dei gas ematici e dei parametri cardiocircolatori legati alle apnee stesse.

È stato ormai infatti indiscutibilmente dimostrato che la presenza di una OSAS rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie cardio e cerebrovascolari.

La terapia dell'OSAS è costituita di trattamenti di tipo ventilatorio associati ad indicazioni comportamentali volti ad ottenere perdita di peso. Solo in alcuni casi selezionati è previsto il ricorso alla chirurgia. L'applicazione della ventilazione a pressione positiva continua è, a tutt'oggi, l'indicazione terapeutica più efficace.

#### Progetto pilota di pre-screening

Il problema nel diagnosticare e nel far emergere una patologia diffusissima come l'OSAS è lo screening. Stiamo parlando di milioni di persone che dovrebbero afferire ed essere monitorate per tre giorni nei centri specializzati nello studio del sonno, secondo quanto prevedono le linee guida. Per questo sarebbe importante che arrivassero solo i pazienti con diagnosi quasi certa, in modo da poter ridurre i tempi di attesa, evitare spreco di risorse e velocizzare la definizione di una terapia. Patrocinato dall'Associazione Italiana Pazienti Apnee del Sonno (AIPAS), partirà da Ravenna un progetto pilota, che si propone di offrire un primo

livello di indagine. In questa fase di pre-screening il paziente che si reca in farmacia viene informato sulla patologia e riceve la proposta di sottoporsi a un esame domiciliare da eseguirsi con un semplice apparecchio che registra il numero degli episodi di apnea per ora che si verificano durante il sonno. Un indice elevato di apnee suggerisce al paziente di richiedere ulteriori informazioni al proprio medico di famiglia, che deciderà circa la necessità e la modalità di esecuzione di ulteriori e più approfondite analisi, da svolgersi presso un centro specializzato, che possano confermare o meno la presenza della patologia.

## ■ OFTALMOLOGIA

### Interessamento oculare nella rinite allergica

L'occhio rosso rappresenta la manifestazione tipica di chi soffre di un'allergia oculare; si tratta però anche di un sintomo non specifico, potendo rappresentare la conseguenza di una serie di cause differenti. L'infiammazione della congiuntiva può essere dovuta a fattori ambientali (esposizione al sole, inquinamento atmosferico, vento), ad agenti infettivi, a problemi di ridotta lacrimazione, all'esecuzione di terapie locali, alla presenza di malattie autoimmunitarie e, appunto, alle allergie.

Sono suggestivi di una congiuntivite allergica la presenza per più di un'ora/die di una rinite concomitante, oltre al fatto che il paziente lamenti prurito oculare, lacrimazione, arrossamento; inoltre nella forma allergica i sintomi sono bilaterali. Orientano invece verso una forma non allergica, in mancanza di rinite, la presenza di sintomi unilaterali, di fotofobia, di bruciore o dolore oculare, di secchezza congiuntivale.

Il primo punto per il medico che si trovi di fronte un paziente con una congiuntivite allergica è cercare di

capire di quale forma di allergia si tratta. Non bisogna infatti dimenticare che esistono diverse forme allergiche e che accanto a quelle più semplici da trattare, meno sintomatiche, possono esservi delle forme più impegnative. Questo approccio diagnostico può rivelarsi quindi importante perché può svelare la presenza di allergie o porre una diagnosi di allergia anche in pazienti che non hanno altre manifestazioni allergiche concomitanti e possono non avere dei test specifici positivi per allergeni sensibilizzanti, contribuendo così a una loro diagnosi tempestiva.

#### ► Approccio terapeutico

Si hanno diversi farmaci a disposizione per poter fronteggiare questi segni e sintomi. L'obiettivo è però quello di cercare di utilizzare colliri che, senza alcun rischio, riducano la sensazione di prurito. A tale proposito sono disponibili preparati antistaminici, come la levocabastina, sicuri ed efficaci e che possono essere impiegati liberamente con ottimi risultati; limitando invece il ricorso a farmaci più potenti esclusivamente ad alcune riacutizzazioni.

#### Occhio rosso: un sintomo sottovalutato dai pazienti

La congiuntivite è fra i sintomi principali della rinite allergica, ma i soggetti che ne soffrono non riportano al proprio medico il problema dell'occhio rosso. Nonostante già in uno studio di molti anni fa **Stefano Bonini**, Direttore della Scuola di specializzazione presso l'Università di Roma Campus BioMedico mostrasse come il 95% dei pazienti con rinite allergica abbia anche un interessamento oculare, la congiuntivite è abbondantemente sottovalutata nel self reporting dei pazienti. Eppure l'occhio è senza dubbio estremamente

sensibile al contatto con l'allergene. Basti pensare a cosa accade quando viene effettuato un challenge con allergene a livello della congiuntiva: il contatto con l'allergene determina nel giro di un quarto d'ora la comparsa di un arrossamento che raggiunge il suo acme a un'ora; sono poi necessarie 24 ore perché l'occhio ritorni normale. Si può quindi immaginare cosa succede all'occhio durante una stagione di pollinazione in cui è costantemente sottoposto allo stimolo da parte dell'allergene.

[www.qr-link.it/video/0412](http://www.qr-link.it/video/0412)



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

## ■ PNEUMOLOGIA

### BPCO e identificazione dei pazienti a rischio di riacutizzazioni

Un aspetto di crescente interesse nella comunità scientifica è rappresentato dall'identificazione dei diversi fenotipi della BPCO.

La malattia è infatti caratterizzata da eterogeneità a diversi livelli: anatomico-patologico (reperto di enfisema, bronchite cronica, flogosi e rimodellamento bronchiolare, fibrosi), clinico (dispnea, tosse, catarro), temporale (diverso grado di severità correlato con la storia naturale, esacerbazioni).

Gli sviluppi della diagnostica per immagini, in particolare la tomografia computerizzata ad alta risoluzione (HRCT) hanno notevolmente contribuito alla classificazione dei pazienti per fenotipi clinico-patologici. Queste considerazioni hanno portato ad intraprendere studi per approfondire tali aspetti.

In questo contesto, ECLIPSE (Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints. *N Engl J Med* 2010; 363: 1128-38) è uno studio europeo osservazionale, longitudinale, della durata di 3 anni, condotto su una popolazione di oltre 2.000 pazienti con BPCO da moderata a molto grave (stadi GOLD II - IV) e 566 controlli (fumatori e non), con

l'obiettivo di definire i sottotipi di BPCO clinicamente rilevanti ed identificare parametri e biomarcatori in grado di predire la progressione di malattia.

Poiché le informazioni circa l'incidenza delle riacutizzazioni e l'identificazione dei fattori predittivi sono scarse, una delle prime analisi dei dati raccolti ha inteso verificare l'ipotesi che la frequenza delle riacutizzazioni potesse identificare un distinto fenotipo di BPCO, indipendentemente dalla gravità di malattia.

Secondo il Prof. **Alberto Papi**, Direttore della Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Ferrara, "emerge sempre più chiaramente che le riacutizzazioni siano l'evento chiave della storia della BPCO".

I risultati di ECLIPSE confermano che con l'aggravarsi della malattia le riacutizzazioni diventano più frequenti e gravi, ma mostrano anche che una quota importante di pazienti manifesta riacutizzazioni frequenti (>1/anno), indipendentemente dallo stadio di gravità. Nello stadio moderato della malattia (GOLD II) essi sono circa il 22%, 33% nello stadio grave (GOLD III) e 47% nello stadio molto grave

(GOLD IV). Questi pazienti potrebbero rappresentare un fenotipo specifico di BPCO, definito appunto "frequente riacutizzatore", caratterizzato da un'intrinseca suscettibilità ai triggers, come le infezioni virali. Una storia pregressa di riacutizzazioni è il fattore maggiormente predittivo della loro frequenza.

In altri termini, grazie allo studio, è stato descritto un fenotipo di BPCO ad alto rischio di riacutizzazione, stabile nel tempo, clinicamente prevedibile e identificabile attraverso la storia clinica.

Per **Andrea Rossi**, Direttore dell'UO di Pneumologia, AOUI di Verona, "tale osservazione non è priva di implicazioni per lo sviluppo di strategie mirate alla prevenzione delle riacutizzazioni all'interno dello spettro di gravità della BPCO".

In conclusione, un obiettivo importante nella gestione della BPCO è l'identificazione di pazienti suscettibili alle riacutizzazioni e l'impostazione di una terapia mirata a prevenire e ridurre tali eventi, in modo da influire positivamente sulla morbilità e sulla mortalità correlate alla patologia.

[www.qr-link.it/video/0412](http://www.qr-link.it/video/0412)



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

## ■ REUMATOLOGIA

### Sclerodermia: diagnosi precoce e futuro delle terapie

**N**el nostro Paese non mancano ricercatori che, nonostante le difficoltà dovute alle scarse risorse disponibili, portano avanti la ricerca sulla sclerodermia a livelli di eccellenza internazionale e con risultati molto apprezzati. È il caso di **Marco Matucci-Cerinic**, Professore di Reumatologia e Direttore della Divisione di Reumatologia e del centro di riferimento regionale sulla sclerosi sistemica dell'Università degli Studi Firenze.

In particolare per l'esperto la capacità della comunità medica di formulare diagnosi sempre più precoci di sclerodermia permetterà di instaurare trattamenti tempestivi, con farmaci presenti nell'armamentario del clinico, ma anche in un futuro prossimo, con nuove molecole in studio.

#### ▶ Diagnosi e trattamento

La diagnosi di sclerosi sistemica può diventare un iter lungo e complesso a causa di sintomi generici o sovrapponibili ad altre patologie.

La ricerca si sta indirizzando nella individuazione di fattori genetici predisponenti e di nuovi biomarker, ma alcuni elementi però sono in grado di aiutare il medico a formulare una

diagnosi precoce, che sono:

- 1) fenomeno di Raynaud (secondario) presente in oltre il 95% dei pazienti. Viene considerato come il sintomo d'esordio della malattia, che può precedere di mesi o anni la patologia.
- 2) dita edematose (quasi a salsicciotto);
- 3) positività per anticorpi antinucleo;
- 4) positività per anticorpi anti-centromero e antitopoisomerasi I;
- 5) alterazioni del microcircolo individuate con la videocapillaroscopia ungueale.

Per quanto riguarda il trattamento, è possibile intervenire con farmaci immunosoppressori per limitare l'infiammazione dei tessuti coinvolti. Inoltre vengono utilizzati i trattamenti sintomatici, per il sistema vascolare, gastrointestinale, cardiaco, renale, ossia su tutte le complicazioni della malattia, accanto a terapie fisiche, finalizzate a mantenere e sostenere il tono muscolare e la funzionalità articolare.

#### ▶ Presente e futuro

Sebbene non esista ancora un trattamento definitivo, i ricercatori si stanno muovendo in diverse

direzioni, al fine di trovare nuovi potenziali bersagli terapeutici e di conseguenza nuove terapie, alcune ancora in essere, altre già applicate. Tra questi gli inibitori delle chinasi (come imatinib, inserito nell'ambito della sclerodermia con lo scopo di inibire il processo fibrotico), i vasodilatatori come gli inibitori delle fosfodiesterasi (sildenafil e tadalafil) utilizzati anche in combinazione agli antagonisti recettoriali delle endoteline, bosentan e ambrisentan, per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare.

Gli anticorpi monoclonali diretti contro il TGF-beta, una delle principali citochine coinvolte nel processo fibrotico, sono ancora in fase di sviluppo. Nel campo dei vasodilatatori un settore interessante è quello delle ulcere e in particolare quello della loro riepitelizzazione e della loro prevenzione.

Infine un altro ambito in sviluppo è rappresentato dal trapianto di cellule staminali (studio internazionale ASTIS) e dalla medicina rigenerativa, che consiste nell'uso di cellule staminali autologhe o eterologhe, per ricostruire i tessuti che sono stati danneggiati.

[www.qr-link.it/video/0412](http://www.qr-link.it/video/0412)



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

# Nuovo piano prevenzione vaccinale

*A distanza di sette anni dall'ultimo Piano nazionale vaccini, è stato pubblicato il nuovo documento: tre novità su HPV, antimeningococco e antipneumococco, per la varicella si posticipa l'introduzione per tutti al 2015. Il Piano rappresenta i "Lea" dei vaccini che le Regioni devono garantirle a tutti i cittadini.*

*Nel frattempo Fimp, Fimmg e Siti hanno messo a punto il "Calendario vaccinale per la vita", un progetto nato dalla necessità di promuovere una cultura vaccinale omogenea nella classe medica senza differenziazione nei ruoli di assistenza o nei soggetti da tutelare*

**A**rmonizzare le strategie vaccinali sul territorio nazionale; sviluppare la sorveglianza, anche epidemiologica, sulle malattie suscettibili di vaccinazione; assicurare l'offerta gratuita delle vaccinazioni prioritarie alla popolazione generale e ai gruppi a rischio; informatizzazione completa delle anagrafi vaccinali; aggiornamento dei professionisti sanitari e promozione della "cultura della prevenzione vaccinale" tra i cittadini. Sono alcuni degli obiettivi del Piano nazionale vaccini 2012-2014, come indicati nell'intesa Stato-Regioni, pubblicata nel Supp. Ord. n. 47 alla Gazzetta Ufficiale n. 60 dello scorso 12 marzo. Un'altra importante novità è che i vaccini entrano nei LEA e ciò farà sì che anche in Italia tutti avranno diritto alle stesse vaccinazioni, superando le disparità da Regione a Regione.

## ► Principali novità

Tre le novità principali del documento (che giunge a distanza di sette anni dal precedente), il vaccino contro l'HPV, quelli contro meningococco e pneumococco, e il rinvio al 2015 dell'introduzione in tutte le Regioni di quello contro la varicella, dopo che saranno disponibili i risultati dei programmi-pilota in Basilicata, Calabria, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto e nella Provincia autonoma di Bolzano.

In sintesi, il Piano prevede tra l'altro che siano raggiunti e mantenuti vari livelli di copertura vaccinale per:

- DTPa, dTpa, poliomielite, epatite B, Hib, MPR, meningococco e varicella in relazione all'età;
- abbassamento sotto la soglia del 5% delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia;
- una copertura antinfluenzale di almeno il 75% e del 95% come ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio;
- anti HPV nelle dodicenni con coperture variabili in relazione all'anno di nascita.

Pur ribadendo l'importanza di un'offerta attiva delle vaccinazioni, il Piano prevede anche un percorso di superamento dell'obbligo vaccinale, purché le sperimentazioni regionali rispondano a determinati indicatori e obiettivi come, per esempio, sistemi informativi e di sorveglianza efficaci e un'adeguata formazione del personale dei servizi vaccinali.

Il Piano fornisce anche un calendario delle vaccinazioni con la successione cronologica in cui queste vanno effettuate.





### Calendario nazionale delle vaccinazioni offerte attivamente a tutta la popolazione

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-18 anni	>65 anni	Ogni 10 anni
DTPa		DTPa	DTPa	DTPa	DTPa			DTPa <sup>1</sup>	dTpa		dT <sup>2</sup>
IPV		IPV	IPV	IPV	IPV			IPV			
HBV	HBV <sup>3</sup>	HBV	HBV	HBV	HBV						
Hib		Hib	Hib	Hib	Hib						
MPR						MPR		MPR	MPR <sup>4</sup>		
PCV		PCV	PCV	PCV	PCV						
Men C						Men C <sup>5</sup>			Men C <sup>5</sup>		
HPV									HPV <sup>6</sup> (3 dosi)		
Influenza										Influenza	
Varicella									Varicella <sup>7</sup> (2 dosi)		

#### Interpretazioni delle indicazioni di offerta del calendario

**Popolazione generale:** il calendario si riferisce ai programmi vaccinali rivolti a tutta la popolazione; in questo schema non è considerata l'offerta rivolta a gruppi o categorie a rischio

**3° mese** si intende dal 61° giorno di vita

**5-6 anni** (di età) si intende dal 5° compleanno (5 anni e 1 giorno) ai 6 anni e 364 giorni (7° compleanno)

**12° anno** si intende da 11 anni e 1 giorno (11° compleanno) fino a 11 anni e 364 giorni (12° compleanno)

**11-18 anni** si intende da 11 anni e un giorno (11° compleanno) fino ai 17 anni e 364 giorni (18° compleanno)

#### Legenda

DTPa: vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare

dTpa: vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti

dT: vaccino antidiftto-tetanico per adolescenti e adulti

IPV: vaccino antipolio inattivato

HBV: vaccino antiepatite B

Hib: vaccino contro le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae b*

MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia

PCV: vaccino antipneumococcico coniugato

Men c: vaccino antimeningococco C coniugato

HPV: vaccino antipapilloma virus

Var: vaccino antivaricella

#### Note

1) Dopo il compimento dei 7 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa).

2) Gli adulti con anamnesi incerta per il ciclo primario di vaccinazione con dT devono iniziare o completare la vaccinazione primaria. Un ciclo primario per adulti è composto da 2 dosi di vaccino contenente tetano e difterite (dT) e una terza dose con vaccino dTpa. Le prime 2 dosi devono essere somministrate a distanza di almeno 4 settimane l'una dall'altra e la terza dose 6-2 mesi dopo la seconda. I successivi richiami devono essere effettuati ogni 10 anni (a partire dal completamento della serie primaria) e almeno una delle dosi booster di vaccino dT dovrebbe essere rimpiazzata da 1 dose di vaccino dTpa.

3) Per i bambini nati da madri positive per HBsAg: somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche anti-epatite B, la prima dose di vaccino anti-HBV; il ciclo andrà completato con una seconda dose a distanza di 4 settimane dalla prima,

con una terza dose dopo il compimento della ottava settimana e con la quarta dose in un periodo compreso tra l'undicesimo e il dodicesimo mese di vita, anche in concomitanza con le altre vaccinazioni.

4) In riferimento ai focolai epidemici in corso, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia d'età (catch up) anche una ricerca attiva ed immunizzazione dei soggetti conviventi/contatto, non vaccinati (mop up).

5) Dose singola. La somministrazione a 11-18 anni va considerata nei soggetti non vaccinati nell'infanzia.

6) Per il sesso femminile, nel corso del 12° anno di vita, seguendo una scheda a 3 dosi. Vaccino bivalente (contro i genotipi 16 e 18 di HPV): 0, 1 e 6 mesi; vaccino quadrivalente (contro i genotipi 6, 11, 16 e 18 di HPV): 0, 2 e 6 mesi.

7) Nei soggetti anamnesticamente negativi e non precedentemente vaccinati è prevista la somministrazione di due dosi a distanza di un mese l'una dall'altra.



## Calendario vaccinale per la vita

La Federazione Italiana Medici Pediatri (Fimp), la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Fimmg) e la Società Italiana di Igiene (Siti) hanno messo a punto la proposta "Calendario vaccinale per la vita", un progetto nato dalla necessità di promuovere una cultura vaccinale omogenea nella classe medica senza differenziazione nei ruoli di assistenza o nelle persone da tutelare.

La proposta prevede una copertura continua, da zero a cent'anni, superando le distinzioni tra soggetti "sani" o a rischio, età o particolare condizione di fragilità, con l'inclusione di tutti i vaccini utili alla promozione di un ottimale stato di salute. I promotori hanno comunque accolto con soddisfazione l'approvazione definitiva del Piano vaccinale 2012-2014 e si auspicano che il loro progetto sia di aiuto per una ancora più lungimirante politica di prevenzione. "Il 22 febbraio 2012 è stato approvato come Intesa Stato-Regioni il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Esso rappresenta uno strumento chiave per la gestione delle politiche vaccinali in tutto il Paese, garantendo l'omogeneità di offerta e l'equità di accesso alla prevenzione vaccinale. Ben venga l'iniziativa di Fimp, Fimp e Siti, come opportunità per mantenere viva l'attenzione sulle vaccinazioni. Allo stesso tempo, il confronto tra le società scientifiche e con le autorità competenti per la promozione delle migliori evidenze scientifiche in campo vaccinale, rappresenta una risorsa per futuri aggiornamenti del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale

- ha affermato **Stefania Iannazzo**, Direzione Generale della Prevenzione Ministero della Salute. Tra le indicazioni inserite nel progetto c'è la richiesta di ripetere nel tempo quelle vaccinazioni per cui la risposta immunitaria si affievolisce; di puntare a vaccinare tutti i soggetti che sono sfuggiti alla rete vaccinale nei primi anni di vita, per patologie che nell'adolescenza e in fase adulta possono comportare complicanze; di raggiungere una copertura vaccinale omnicomprensiva allo scopo di salvaguardare, oltre al singolo, la popolazione generale. Per **Giuseppe Mele**, Presidente Fimp "l'iniziativa è nata dalla scorta di molteplici esigenze: prima di tutto dalla necessità condivisa di un rilancio delle vaccinazioni, non solo nell'ambito pediatrico ma, anche in quello della medicina generale, in un contesto storico successivo all'esperienza della pandemia da virus H1N1 che ha portato un calo dell'attenzione popolare all'importanza della pratica vaccinale. In seconda istanza dalla necessità di condividere un calendario vaccinale ottimale, suffragato da un'attenta e precisa analisi scientifica come punto di arrivo della migliore offerta possibile da sottoporre all'attenzione delle istituzioni, da sempre deputate all'emanazione dei calendari nazionali e regionali. Infine dalla necessità di promuovere una cultura vaccinale omogenea nella classe medica senza distinzione dei ruoli di assistenza e dei servizi o nelle fasce di età che si dovrebbero tutelare."

"Il Calendario vaccinale per la vita rappresenta un momento impor-

tante di condivisioni fra le associazioni che lavorano sul territorio, non è solamente un esercizio culturale scientifico, ma rappresenta anche un punto di inizio di una collaborazione tra pediatri, medici di famiglia e specialisti ambulatoriali" ha detto **Giacomo Milillo**, Segretario generale Fimmg.

"Non si è mai né troppo giovani né troppo anziani per vaccinarsi". Hanno spiegato il Prof. **Carlo Signorelli** e il Dottor **Michele Conversano** della Siti, sottolineando come le buone pratiche vaccinali inizino nella primissima infanzia, continuino nell'adolescenza e nell'età adulta e interessino gli anziani con l'antinfluenzale e l'antipneumococcica. "Nel rallegrarci dell'approvazione definitiva del PNPV 2012-2014, confermiamo l'intenzione della Siti di continuare a farsi promotrice della diffusione delle più recenti evidenze scientifiche nel campo della prevenzione immunitaria con strumenti come questo Calendario vaccinale per la vita."



# Continuum cardiovascolare: stato dell'arte e prospettive future

*A distanza di vent'anni dalla prima formulazione il concetto di continuum cardiovascolare, che ha imposto di porre particolare attenzione alle fasi iniziali di malattia, conserva un'estrema attualità e costituisce a tutt'oggi il modello su cui si fondano le strategie di prevenzione cardiovascolare suggerite dalle linee guida*

**Enrico Agabiti Rosei**

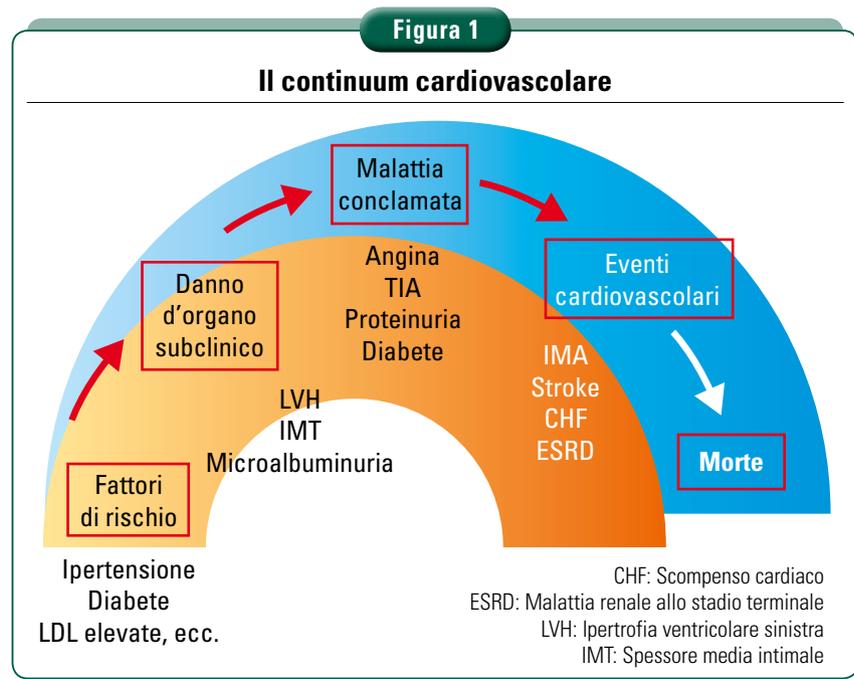
*Professore Ordinario di Medicina Interna  
Direttore Clinica Medica e Dipartimento di Medicina - Università degli Studi Spedali Civili, Brescia*

Il concetto del continuum cardiovascolare (CV)<sup>1</sup>, in base al quale l'insorgenza di eventi CV fatali e non fatali non è che l'esito finale di una serie di passi successivi, legati fra loro, dai fattori di rischio alle alterazioni patologiche subcliniche, ha imposto di porre particolare attenzione alle fasi iniziali della malattia (figura 1).

Un primo passaggio fondamentale per definire opportune strategie preventive è rappresentato naturalmente dalla identificazione di fattori di rischio; per le patologie cardiovascolari un ruolo di primo piano è svolto da ipertensione arteriosa, dislipidemie, diabete, obesità e fumo di sigaretta.

La modalità più appropriata per identificare le persone a rischio di malattia è quella realizzata attraverso la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto, ossia della probabilità di andare incontro a un evento CV maggiore, infarto del miocardio o ictus nei 10 anni successivi, conoscendo il livello di alcuni fattori di rischio.

Per valutare il rischio cardiovascolare globale assoluto si utilizzano funzioni matematiche che elaborano i dati derivanti da studi longitudinali. La validità dei dati dipende dalla popolazione analizzata e per questo agli studi effettuati sulla popolazione americana (Framingham Heart Study) sono



seguiti studi sulla popolazione italiana ed europea.

Sono oggi disponibili stime relative a diverse popolazioni europee e, nell'ambito del progetto SCORE, sono state fornite tabelle utili per la previsione del rischio di complicanze cardiovascolari fatali separatamente per i Paesi nord-europei ad alto rischio e quelli dell'Europa meridionale a basso rischio.

Un aspetto assai importante è costituito dalla necessità di valutare in maniera più accurata nel singolo individuo il rischio cardiovascolare.

La valutazione del rischio secondo i principali algoritmi disponibili (i già citati Framingham, SCORE, o altri strumenti analoghi) è fondata su informazioni relativamente limitate, quali i livelli dei principali fattori di rischio, l'età o il sesso dei soggetti e risulta pertanto poco individualizzata.

L'identificazione di alcuni tratti genetici predisponenti all'insorgenza di complicanze cardiovascolari potrebbe essere assai importante ai fini dell'individualizzazione della stima del rischio CV ma, pur essendo assai promettente per il futuro, al momento attuale non può essere considerato un approccio clinicamente applicabile.

Il concetto del continuum cardiovascolare sottolinea anche l'importanza delle fasi di malattia preclinica, nelle quali si sviluppa il danno a carico dei cosiddetti "organi bersaglio" (figura 1).

Infatti il cuore, tutto l'apparato cardiovascolare, il rene e l'encefalo subiscono un danno in presenza di elevati valori pressori e di altri fattori di rischio spesso associati, favorendo la comparsa di eventi clinici.

**Tabella 1**

**Fattibilità, significato prognostico e impatto economico di alcuni marker di danno d'organo\***

Marker	Valore predittivo	Fattibilità	Costo
• Elettrocardiografia	++	++++	+
• Ecocardiografia	+++	+++	++
• Spessore compl. intima media carotidea	+++	+++	++
• Rigidità arteriosa (velocità dell'onda di polso)	+++	+	++
• Indice pressorio arti inferiori/arti superiori	++	++	+
• Filtrato glomerulare o clearance creatinina	+++	++++	+
• Microalbuminuria	+++	++++	+

\* Valutazione da 0 a 4+

Linee guida ESH/ESC 2007

► **Indicatori di danno d'organo**

La valutazione e l'individuazione precoce del danno d'organo, e in particolare delle alterazioni strutturali e funzionali dell'apparato CV e del rene, anche in fase iniziale, asintomatica, rappresentano una tappa fondamentale nella corretta stratificazione del rischio CV nei pazienti ipertesi e non.

Questo concetto, già presente nelle linee guida ESH/ESC per l'ipertensione arteriosa del 2003 e del 2007, è stato particolarmente enfatizzato dalla più recente revisione delle stesse del 2009 ad opera della European Society of Hypertension,<sup>2</sup> che hanno anche sottolineato come alcune forme di danno d'organo preclinico, quali l'ipertrofia ventricolare sinistra, il danno renale preclinico, l'aumento dello spessore intima-media carotideo o della velocità dell'onda di polso siano in grado di identificare un sottogruppo di soggetti con rischio CV

particolarmente elevato (tabella 1). Alcuni indicatori di danno d'organo sembrano particolarmente attendibili per una stratificazione del rischio CV nella pratica clinica (tabella 2).

Fra questi l'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS) è senz'altro una forma di danno d'organo assai studiata e, oltre ad essere un comprovato fattore predittivo indipendente per eventi cardiovascolari e mortalità, risponde assai bene anche ai requisiti di un endpoint intermedio: numerosi studi hanno dimostrato infatti che la riduzione dei valori pressori indotta dalla terapia antiipertensiva si associa a una regressione della IVS, valutata mediante ECG o mediante ecocardiogramma e che il rischio di eventi cardiovascolari è assai ridotto (simile a quello dei pazienti senza ipertrofia) nei pazienti con regressione della IVS, mentre rimane assai elevato se la massa VS non si riduce in misura significativa.

Anche le modificazioni dello spessore parietale relativo, sono in grado di fornire utili informazioni aggiuntive: infatti, il riscontro di una geometria concentrica del VS comporta, anche durante trattamento, un rischio di eventi cardiovascolari aumentato.

Inoltre, iniziali alterazioni della funzione renale, quali una lieve riduzione del GFR o la presenza di microalbuminuria rappresentano, nel continuum CV, un momento di transizione verso complicanze cardiovascolari e renali clinicamente manifeste.

Anche per questo motivo la maggior parte delle linee guida raccomandano la valutazione del danno renale preclinico per una più accurata stratificazione del rischio CV.

La microalbuminuria, in particolare, ben risponde anche alle caratteristiche dell'endpoint intermedio: la sua presenza identifica soggetti

con un maggior rischio di future complicanze e la riduzione dei valori pressori durante trattamento antipertensivo si associa ad una riduzione significativa dell'albuminuria; inoltre, è stato dimostrato che la riduzione della albuminuria durante trattamento antipertensivo si associa a un minor rischio di complicanze cardiovascolari.

Per quel che riguarda il danno d'organo vascolare carotideo, è stato ampiamente dimostrato che il riscontro di un aumento dello spessore miointimale carotideo si associa ad un significativo incremento del rischio di eventi CV. Il trattamento farmacologico può ridurre la progressione delle alterazioni aterosclerotiche carotidee, ma non è ancora stato del tutto definito il legame con la successiva incidenza di eventi cardiovascolari.

Analoghe considerazioni possono

essere fatte per quel che riguarda la rigidità arteriosa: infatti, sin dal 2007 le Linee Guida ESH ESC hanno suggerito la valutazione della velocità dell'onda di polso per una più accurata valutazione del rischio CV nei pazienti ipertesi. Attualmente i dati riguardanti il significato prognostico delle modificazioni nel tempo della velocità dell'onda di polso sono molto limitati e, analogamente a quanto osservato per il danno strutturale carotideo, questo aspetto dovrà essere meglio chiarito da studi futuri.

È importante sottolineare che alcuni dati disponibili suggeriscono che la valutazione simultanea di più forme di danno d'organo preclinico possa essere utile per una più accurata definizione del rischio CV e che le attuali linee guida suggeriscono la valutazione, ove possibile, di più forme di danno d'organo contemporaneamente.<sup>3-4</sup>

**Tabella 2**

**Danno d'organo preclinico come marker di rischio cardiovascolare elevato**

Studio	Pazienti	Danno d'organo	EV CV a 10 aa ≥20%
Tsioufis	Ipertensione arteriosa	IVS (eco)	Sì
Mihani	Pazienti ambulatoriali	IVS (eco)	Sì
CASE-J trial	Ipertensione arteriosa	IVS (eco)	Sì
CV Health Study	Anziani	↑ Ca IMT (quintile più elevato)	Sì
ELSA	Ipertensione arteriosa	↑ Ca IMT (2 quintili più elevati)	Sì
Laurent	Ipertensione arteriosa	PWV (quintile più elevato)	Sì
Fowkes	Pazienti ambulatoriali	↓ Ankle/brachial index	Sì (maschi)
De Buyzere	Pazienti ambulatoriali	↓ Ankle/brachial index	Sì (maschi)
Koren	Ipertensione arteriosa	IVS (eco)	Sì
Tsioufis	Ipertensione arteriosa	Ridotto eGFR	Sì
HOT	Ipertensione arteriosa	Ridotto eGFR od elevata creat (≥ 1.5 mg/dl)	Sì
INSIGHT	Ipertensione arteriosa	Ridotto eGFR o elevata creat (≥ 1.5 mg/dl)	Sì
Jensen	Ipertensione arteriosa	Microalbuminuria	Sì (CHD)

*J Hypertens 2009; 27: 2121-58*

Tabella 3

**Possibili biomarker per la stratificazione del rischio cardiovascolare**

**Parametri di laboratorio convenzionali**

Creatininemia, glicemia, emoglobina glicata, uricemia

**Neuro-ormoni**

Catecolamine, peptidi natriuretici (ANP, BNP, C-type, N-terminal proANP, N-terminal pro-BNP), endotelina 1, cardiotrofina 1

**Biomarker di infiammazione**

PCR, mieloperossidasi, tumor necrosis factor alpha (TNF $\alpha$ ), interleuchina-6 (IL-6), osteopontina

**Biomarker metabolici**

Leptina, adiponectina, grelina, insulin-like growth factor-1 (IGF-1)

**Altri biomarker**

G-Protein Coupled Receptor Kinase-2 (GRK-2), troponina I o T, miotrofina

**► Progressi nella identificazione precoce delle fasi di malattia**

Il continuo progresso della ricerca rende prevedibili ulteriori progressi nella identificazione precoce delle differenti fasi di malattia nel corso del continuum CV. Per quanto riguarda la valutazione del danno d'organo preclinico alcuni aspetti sembrano particolarmente promettenti. Lo studio delle alterazioni del microcircolo mediante metodiche invasive si è già dimostrata in grado di fornire dati assai utili a fini prognostici; in tempi più recenti la messa a punto di sofisticate metodiche non invasive per la valutazione del microcircolo retinico sembra assai promettente, potendo fornire una stima assai accurata del grado di coinvolgimento del microcircolo nell'ipertensione arteriosa. Studi futuri potranno ulteriormente chiarire il significato clinico e il potere predittivo di tali alterazioni e la loro utilità clinica.

Anche una più accurata valutazione del coinvolgimento cardiaco nell'ipertensione arteriosa mediante metodiche quali lo *spekle tracking* e il Doppler tissutale potrebbero offrire la possibilità di individuare molto precocemente alterazioni precliniche della funzione sistolica e diastolica. Contemporaneamente, ulteriori studi potrebbero confermare alcuni dati attualmente disponibili che suggeriscono che parametri ottenibili mediante approccio ultrasonografico standard, quali il diametro e il volume dell'atrio sinistro, o le dimensioni dell'aorta, possano essere utili per una miglior definizione del rischio CV. Un campo di attiva ricerca è rappresentato dalla valutazione di alcuni biomarker circolanti (tabella 3), di infiammazione (PCR, mieloperossidasi, tumor necrosis factor alpha (TNF $\alpha$ ), interleuchine, ecc), metabolici (leptina, adiponectina, grelina, insulin-like growth factor-I), così come dei livelli circolanti di

peptidi natriuretici, metaboliti di sintesi o degradazione del collagene e di cardiotrofina: studi futuri dovranno meglio definire l'utilità clinica di questi parametri. In conclusione, a distanza di vent'anni dalla sua prima formulazione da parte di Victor Dzau ed Eugene Braunwald, il concetto di continuum cardiovascolare conserva un'estrema attualità, costituendo tutt'oggi il modello su cui si fondano le strategie di prevenzione CV suggerite dalla maggior parte delle linee guida Internazionali.

**Bibliografia**

1. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. *Am Heart J* 1991; 121:1244-63.
2. Mancia G, Laurent S, Agabiti Rosei E et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009; 27: 2121-58.
3. Muesan ML, Salvetti M, Paini A et al. Pulse wave velocity and cardiovascular risk stratification in a general population: the Vobarno study. *J Hypertens* 2010; 28: 1935-43.
4. Salvetti M, Muesan ML, Paini A et al. Left ventricular hypertrophy and renal dysfunction during antihypertensive treatment adversely affect cardiovascular prognosis in hypertensive patients. *J Hypertens* 2012; 30: 411-20.

[www.qr-link.it/video/0412](http://www.qr-link.it/video/0412)



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

# Dolori addominali ricorrenti in una giovane paziente

*Da circa due anni una mia assistita, una 14enne secondogenita di un nucleo familiare di 5 persone, sin dai primi giorni è condotta dai genitori nel mio ambulatorio in preda ad algie addominali. Queste si ripetono innumerevoli volte fino a sfociare in un intervento chirurgico d'urgenza di appendicectomia. Nonostante questo intervento, nei mesi successivi la ragazza continua ad accusare la medesima sintomatologia addominale*

**Leonardo Trentadue**  
Medico di medicina generale  
Ferrandina (MT)

## ► Anamnesi

Trait talassemico con anemia ferrocarenziale. La paziente risulta allergica alla polvere di casa e al pelo di cane e ha precedenti anamnestici di dismenorrea.

L'alvo è tendenzialmente stitico e la ragazza ha presentato pregresse apnee da turbe della respirazione nasale (deviazione del setto e pregressa adenoidectomia).

A gennaio dello scorso anno è stata ricoverata in ospedale per sospetta appendicite, da dove viene dimessa con la diagnosi di "verosimile gastroenterite".

Nel giugno successivo, però, viene ricoverata d'urgenza in struttura ospedaliera e operata di appendicectomia laparoscopica.

Nel corso degli ultimi due anni ha manifestato un episodio di orticaria ed edema delle labbra a seguito della somministrazione di ketoprofene e, a più riprese, edemi fugaci delle labbra dopo somministrazione di antibiotici quali amoxicillina e amoxicillina+acido clavulanico e anche senza alcuna causa apparente.

## ► Ricovero ospedaliero

Motivi del ricovero sono questa volta l'ennesimo episodio di algie addominali e un edema delle labbra molto accentuato (anche questa volta in coincidenza dell'assunzione di amoxicillina+acido clavulanico).

In regime di ricovero vengono effettuate diverse indagini per approfondire il caso.

■ **Indagini bioumorali:** riportano una modesta anemia microcitica da trait talassemico (Hb 1.1, MCV 55.2) e un valore elevato delle IgE totali. La ricerca degli anticorpi EBV e CMV documentano l'assenza degli anticorpi di classe IgM con presenza degli anticorpi di classe IgG, testimonianza di pregressa infezione da tali virus. La determinazione quantitativa del C1 esterasi inibitore risulta nella norma.

Negativa la calprotectina fecale, che avrebbe potuto implicare una malattia infiammatoria cronica intestinale.

■ **Ecografia addominale:** non evidenzia reperti patologici.

■ **Rast test:** negativo per inalanti, alimenti e antibiotici.

Sulla scorta del responso del Rast per antibiotici (negativo per penicillina e amoxicillina) si somministrano dosi crescenti di amoxicillina 5% sospensione orale, senza che si verifichi alcun problema.

Durante la degenza ospedaliera, la paziente manifesta per alcune ore dolore addominale destro, ma la valutazione clinica ed ecografica sia del chirurgo sia del ginecologo, non ravvisano nulla di patologico.

Non resta che effettuare la valutazione psichiatrica.

Sulla base dei riscontri anamnestici della familiarità per emicrania dei

genitori e degli episodi susseguite negli anni di dolori addominali ricorrenti, che spesso sono associati a cefalea bitemporale pulsante e nausea, talora preceduti da aura visiva e tendente a risolversi dopo assunzione di paracetamolo e/o riposo, si conclude con la diagnosi di DAR (Dolori Addominali Ricorrenti) in giovane soggetto con cefalea essenziale di tipo emicrania con aura visiva.

### ► Terapia

Confermata la diagnosi la giovane paziente viene dimessa, accompagnata dalla seguente terapia: ferro solfato 1 compressa al giorno per due mesi, vitamina C in gocce e un lassativo a base di macrogol, da assumere dopo avere eseguito il breath-test al lattosio.

## Approfondimento

La sindrome dei dolori addominali ricorrenti (DAR) ha un'incidenza nella popolazione pediatrica generale >10% con un rapporto femmine/maschi di 4 a 3.

I DAR sono rari prima dei 4-5 anni e sono più comuni tra gli 8 e i 10 anni, con un secondo picco di incidenza nelle ragazze nella fase precoce dell'adolescenza, come nel caso della mia paziente.

In circa l'80-90% dei casi, l'eziologia è psicogena mentre il restante 5-10% è di origine organica e funzionale.

■ Per quanto riguarda i DAR psicogeni le cause comprendono l'ansia, la depressione e lo stress. La loro patogenesi è sconosciuta.

■ I DAR di origine organica riconoscono come cause le malattie infiammatorie croniche intestinali,

l'appendicite cronica, l'infezione da *Helicobacter pylori*, le parassitosi, le uropatie, ecc.

Nelle adolescenti entrano in causa le cisti ovariche e la malattia infiammatoria pelvica.

■ L'eziopatogenesi dei DAR funzionali viene ricondotta all'interazione tra ambiente e habitus costituzionale.

### ► Sintomatologia

Nella sintomatologia delle tre forme, dominano i dolori addominali, irregolari nel tempo e a varia ubicazione nell'ambito addominale nelle forme psicogene; costanti o ciclici ma ben localizzati e in rapporto alla malattia sottesa, nelle forme organiche; dolori crampiformi accompagnati da meteorismo nelle forme funzionali da deficit di lattasi, mentre nelle forme da cisti ovariche prevalgono i dolori ai quadranti addominali inferiori.

#### Varianti cliniche

► **DAR isolati:** dolori reali in sede periombelicale.

► **DAR associati a dispepsia:** dolore prevalentemente in sede epigastrica accompagnati da nausea e vomito.

► **DAR con alterata attività intestinale:** dolore localizzato ai quadranti inferiori dell'addome.

### ► Diagnosi

La persistenza, la ricorrenza e la cronicità differenzia i DAR dal dolore di un addome acuto. Tuttavia, la diagnosi non sempre è facile e viene formulata in genere dopo vari

ricoveri e valutazioni cliniche.

È importante l'anamnesi e gli esami di laboratorio (emocromo, esame delle urine, urinocoltura, esame delle feci, VES, funzionalità epatica, test alla tubercolina, ricerca dell'*Helicobacter pylori*), Rx dell'addome. Ulteriori indagini, come esami radiologici con mdc del tratto gastrointestinale o urinario, EEG o endoscopie non devono essere effettuati senza un supporto di evidenza clinica.

### ► Terapia

La terapia prevede, per le forme psicogene, valutazioni psichiatriche e strategie psicologiche per correggere le disfunzioni socio-familiari. Ad eccezione dell'uso occasionale di analgesici semplici, i farmaci sono inefficaci e non raccomandati per i DAR psicogeni; essi possono rafforzare l'ipocondria o portare a dipendenza.

Per i DAR organici la terapia investe la malattia che sottende il disturbo.

Nelle forme funzionali, infine, si interviene sulla modificazione delle abitudini e sulla dieta, utilizzando al bisogno gli analgesici.

## Commento

Nel caso clinico descritto, se anche il test al lattosio non ancora effettuato dovesse dare esiti negativi, non rimarrebbe che porre la diagnosi di sindrome da dolori addominali ricorrenti di natura psicogena.

Se fosse confermata il medico dovrebbe intervenire con la famiglia per rimuovere o ridurre lo stress inutile e aiutare la paziente a far fronte agli eventi stressanti inevitabili in un modo più efficace.

# Conoscenze e bisogni formativi dei medici sul rischio radiologico

*Valutare il livello di conoscenza dei medici in merito al rischio radiologico ed evidenziarne i bisogni formativi è la finalità della survey "Valutazione dei bisogni formativi dei medici prescrittori in merito al rischio radiologico", condotto dalle società scientifiche aderenti a WONCA Italia, coinvolgendo Mmg, Pls e specialisti. I risultati indicano un inadeguato livello di conoscenza in tale ambito, anche se sono disponibili esaurienti linee guida*

**Ernesto Mola**

*Associazione Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunità (ASSIMEFAC)*

**Patrizia Elli**

*Associazione Culturale Pediatri (ACP)*

**Tristano Orlando**

*Consigliere Nazionale WONCA Italia*

**Giorgio Visentin**

*Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSERMEG)*

Lo studio è stato condotto dalle società scientifiche aderenti a WONCA Italia con lo scopo di valutare il livello di conoscenza dei medici italiani in merito al rischio radiologico ed evidenziarne i bisogni formativi. La survey rientra nel quadro generale di iniziative che l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica stanno sviluppando in questi anni in merito al rischio radiologico e all'appropriatezza prescrittiva. Recenti studi condotti in ambito internazionale hanno dimostrato una scarsa consapevolezza del rischio radiologico non soltanto da parte dei pazienti ma anche tra i medi-

ci che prescrivono le indagini che comportano assorbimento di radiazioni ionizzanti.

In particolare uno studio norvegese, condotto tra medici di differenti branche specialistiche e tra i medici di famiglia, mostra che la media di risposte esatte ad un questionario rivolto a saggiare il grado di conoscenza in merito al rischio radiologico è del 30.4% con un massimo del 42.8%.

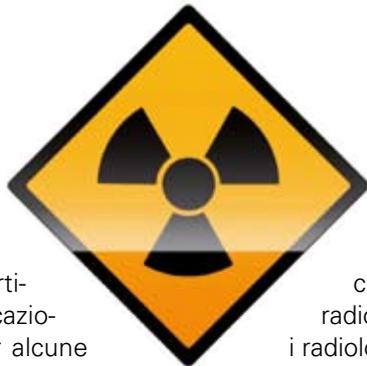
Inoltre negli ultimi anni l'esposizione dei pazienti alle radiazioni ionizzanti conseguenti ad esami diagnostici è cresciuta enormemente. In molti casi però le prescrizioni di questi esami non seguono il principio di "giustificazione", che richie-

### Principio di giustificazione

La Direttiva Euratom 97/43 ha citato il ruolo del prescrivente la procedura radiologica e ha raccomandato una rigorosa e costante applicazione del principio di giustificazione. Tale raccomandazione è stata recepita in Italia nel Dlgs 187/2000. Secondo tale principio "le esposizioni mediche devono mostrare di essere sufficientemente efficaci mediante la valutazione dei potenziali vantaggi diagnostici o terapeutici complessivi da esse prodotti inclusi i benefici diretti per la salute della persona e della

collettività, rispetto al danno alla persona che l'esposizione potrebbe causare, tenendo conto dell'efficacia, dei vantaggi e dei rischi di tecniche alternative disponibili, che si propongono lo stesso obiettivo, ma che non comportano un'esposizione, ovvero comportano una minore esposizione alle radiazioni ionizzanti." Inoltre "tutte le esposizioni mediche individuali devono essere giustificate preliminarmente, tenendo conto degli obiettivi specifici dell'esposizione e delle caratteristiche della persona interessata."





de che sia valutata la loro reale utilità e necessità.

In questo contesto i Mmg possono giocare un ruolo particolare nella giustificazione di un esame, per alcune loro specificità professionali: hanno con il paziente un rapporto continuativo nel tempo, conoscono la storia clinica e personale di ogni singolo paziente, potendola basare sulla sua scheda clinica, che molto spesso è informatizzata. A tale proposito un recente studio ha mostrato come sia possibile per i medici di medicina generale, attraverso l'esame delle registrazioni delle indagini radiologiche eseguite dal paziente, calcolare la dose cumulata dei cinque anni precedenti la prescrizione, fornendo al medico uno strumento importante per l'applicazione del principio di giustificazione.

#### ► Obiettivi dello studio

Lo studio intende valutare il grado di informazione e consapevolezza dei medici in merito all'argomento "rischio radiologico", con la finalità di fare emergere le criticità su cui investire in termini di formazione.

Una conoscenza più puntuale della quantità di dose cui ciascun esame espone, consentirebbe ai medici una più fondata e opportuna valutazione del rapporto rischio-beneficio per le procedure diagnostico-terapeutiche che vengono prescritte.

#### ► Disegno dello studio

L'indagine si è sviluppata attraverso un questionario anonimo da som-

ministrare ai medici prescrittori (in occasione di eventi formativi su argomenti vari, eccetto quelli con tema radiologico), escludendo i radiologi.

Il campione di soggetti intervistati include medici di famiglia, pediatri di libera scelta e medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali di differenti branche mediche e chirurgiche.

#### ► Materiali e metodi

Il questionario, consistente in 13 items strutturati in 3 sezioni, è stato somministrato a 737 medici italiani, tra medici di famiglia, medici specialisti e ospedalieri. Le sezioni riguardano i bisogni formativi concernenti:

- la dose somministrata per singolo esame;
- gli effetti biologici delle radiazioni;
- il principio di giustificazione;
- le linee guida.

I dati sono stati inseriti in un foglio elettronico ed analizzati statisticamente.

#### ► Risultati

##### **Dati del medico**

Sono stati raccolti 737 questionari da 24 eventi formativi. Età media dei rispondenti 52.8 anni.

Il 52.62% è stato compilato da medici di sesso maschile e il 47.38% di sesso femminile, il 59.16% dichiara un titolo di specializzazione universitaria.

I medici specialisti appartengono ad 19 differenti branche specialistiche. Di seguito sono illustrati i risultati più significativi emersi dalla ricerca.

##### **Conoscenze sulla dose erogata negli esami di uso medico**

► La prima domanda riguarda la conoscenza di quali tra 6 principali test diagnostici espongono il paziente alle radiazioni ionizzanti. Hanno indicato la risposta esatta per tutti e i sei test 138 medici (18.72%). Se andiamo a verificare per quali test è più alto il numero delle risposte sbagliate vediamo che sono la PET e la coronarografia, per le quali un numero significativo di rispondenti ritiene che esse non espongano alle radiazioni ionizzanti (tabella 1).

**Tabella 1**

#### **Quali test comportano assorbimento di radiazioni ionizzanti?**

Test diagnostico	Risposte esatte
Rx femore	592 (80.33%)
RMN	659 (89.42%)
PET	242 (32.84%)
ECG	697 (94.57%)
Coronarografia	469 (63.64%)
TAC	609 (82.63%)
<b>Tutte esatte</b>	<b>138 (18.72%)</b>



► La seconda domanda della sezione chiedeva ai medici di indicare tra 3 sequenze, relative a 4 esami diagnostici, quella in ordine crescente di esposizione alle radiazioni ionizzanti, intendendo così valutare grossolanamente il grado di conoscenza della misura dell'esposizione radioattiva. Hanno indicato la sequenza corretta (Rx torace - Rx Cervicale - TAC addome - Angioplastica coronarica) 255 medici (34.74%).

#### Conoscenze sul danno biologico dei tessuti esposti

► Nella prima domanda erano indicati 6 tessuti corporei (cuoio capelluto, tessuto cerebrale, mammella, osso, ghiandola tiroidea, cute) chiedendo quale fosse quello più sensibile alle radiazioni. 550 rispondenti (74.63%) hanno indicato correttamente la tiroide.

► La successiva domanda era orientata a valutare le conoscenze relative alla radiosensibilità di un tessuto. I rispondenti sono stati invitati a indicare tra 5 possibili risposte quella esatta. 315 (43.03%) hanno indicato correttamente che la radiosensibilità di un tessuto è una proprietà intrinseca del tessuto.

► Le 3 domande successive intendevano valutare la conoscenza in merito agli effetti stocastici delle ra-

diazioni. 223 rispondenti (30.26%) affermano di ricordare il significato del termine "stocastico".

► Tale valore però si riduce a 152 (20.62%) risposte esatte quando si è chiesto di indicare tra quattro effetti (eritema - leucemia - cataratta - alterazioni genetiche) quali fossero di tipo stocastico.

► Alla domanda se l'età del paziente influisse sull'incidenza degli effetti stocastici 305 (41.90%) hanno indicato correttamente la risposta affermativa.

Complessivamente per questa sezione le risposte esatte sono state pari al 41.90%.

#### Giustificazione e linee guida

Questa sezione era limitata a 2 sole domande, relative alla conoscenza del principio di giustificazione e delle linee guida.

► Tra quattro definizioni del principio di giustificazione, in qualche modo plausibili, i medici dovevano indicare quella corretta, che è stata effettivamente scelta nel 75.24% (n. 550) dei casi.

► La conoscenza di linee guida relative alle tecniche di imaging è praticamente nulla, nonostante in Italia nel 2004 sia stata pubblicata dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari una linea guida

completa e di facile consultazione sulle tecniche di imaging. Soltanto 4 rispondenti su 737 dimostra di conoscerla.

Pertanto la percentuale di risposte esatte per questa sezione è pari al 37.36%.

#### Comportamenti prescrittivi

L'ultima sezione intendeva indagare i comportamenti prescrittivi. Si tratta in questo caso della percezione dei medici, e non del loro effettivo comportamento, comunque indicativa delle problematiche connesse alla prescrizione di test radiologici.

► Il 71.79% dei medici afferma di dare ai pazienti informazioni circa i potenziali effetti delle radiazioni prodotte dagli esami strumentali prescritti ("sempre" il 25.78%, "frequentemente" il 46.01%).

► In percentuale ancora superiore (88.29%) i medici affermano di tenere conto di eventuali precedenti esposizioni alle radiazioni ionizzanti al momento di prescrivere un test radiologico.

► La percezione del proprio comportamento in merito all'informazione del paziente e alla valutazione dei possibili rischi è quindi di grande attenzione da parte dei medici prescrittori. Sarebbe op-

Tabella 2

#### Cause della prescrizione di esami radiologici inutili

Inappropriatezza prescrittiva (l'esame non era indicato per il quesito diagnostico)	17.77% (n.137)
Mancanza di coordinamento tra Mmg e specialisti che hanno in carico il paziente	26.20% (n. 202)
Accondiscendenza verso le pressanti richieste dei pazienti	16.47% (n.127)
Medicina difensiva	39.56% (n. 305)

Tabella 3

### Argomenti ritenuti più utili per la formazione in merito al rischio radiologico

Principio di giustificazione	152 (20.62%)
Danni stocastici e deterministici	274 (37.18%)
Quantità di dose erogata negli esami di uso medico	264 (35.82%)
Stima del rischio radiologico	320 (43.42%)
Linee guida sull'appropriatezza prescrittiva	532 (72.18%)
Categorie di pazienti a maggior rischio	138 (18.72%)
Altro	5 (0.68%)

portuno verificare, in un successivo studio, la percezione da parte dei pazienti.

► In percentuali significative la prescrizione di esami inutili viene attribuita a tutte le 4 cause proposte nel questionario (era consentita una sola risposta) (tabella 2).

In particolare più di 1/3 dei rispondenti indica nella "medicina difensiva" la causa più importante delle prescrizioni inutili, mentre 1 medico su 4 le attribuisce alla mancanza di coordinamento tra medici di famiglia e specialisti.

Alla domanda successiva, con la quale si chiede ai medici se capita loro di prescrivere esami radiologici indotti dalla "medicina difensiva", solo il 25.70% (n. 183) dichiara di non farlo "quasi mai", mentre tutti gli altri (3/4 dei rispondenti) dichiarano di farlo: "a volte" il 53.02%, "spesso" il 19.78%, "sempre" l'1.54%.

Infine è stato richiesto ai medici di indicare (max 3 risposte) quali argomenti ritengono più utili per la loro formazione. Le risposte sono illustrate in tabella 3.

La maggior parte dei medici indica nella conoscenza di linee guida sull'appropriatezza prescrittiva

l'argomento per il quale vorrebbe ricevere una formazione. Ciò è in linea con il grado bassissimo di conoscenza di linee guida. Tutti gli altri argomenti indicati raggiungono percentuali comunque significative.

### ► Risultati in sintesi

#### Risposte corrette:

- Sezione "dose erogata per singolo esame": **36.41%**
- Sezione "danni biologici dei tessuti esposti alle radiazioni": **41.85%**
- Sezione "principio di giustificazione e linee guida": **37.31%**

Lo score medio complessivo è di 5.02 risposte corrette su 13 (**38.63%**).

Soltanto **4 medici su 737** conoscono linee guida riferite all'uso appropriato delle tecniche di imaging.

Confrontando le risposte fornite dai medici di famiglia, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti è risultato che questi ultimi hanno uno score migliore mantenendosi però ben al di sotto del 50% (43.85%).

### ► Conclusioni

Lo studio, confermando il generale basso grado di conoscenza (score di risposte corrette mediamente <40%) delle problematiche connesse al rischio radiologico da parte dei medici prescrittori, individua gli argomenti sui quali impennare un programma formativo ECM.

In particolare, la conoscenza delle linee guida relative alle tecniche di imaging dovrebbe, oltre che essere tema importante di un programma formativo orientato al problema del rischio radiologico, anche rientrare nella più generale formazione continua, costituendo un aspetto fondamentale per ogni problematica clinica.

I Mmg e i Pls, che giocano un ruolo fondamentale nel processo di prescrizione e che, per le loro caratteristiche professionali, possono intervenire positivamente nell'applicazione del principio di giustificazione, dimostrano maggiori bisogni formativi in merito alle conoscenze sul danno biologico dei tessuti esposti.

Per quanto riguarda la percezione del proprio comportamento in merito all'informazione del paziente e alla valutazione dei possibili rischi i medici intervistati ritengono di prestarvi grande attenzione. Sarebbe opportuno verificare, in un successivo studio, la percezione dei pazienti.

La medicina difensiva e la mancanza di coordinamento tra Mmg e specialisti che hanno in carico il paziente sono indicate nella survey come le cause maggiormente responsabili di inappropriata.

Bibliografia disponibile su richiesta

## Infezioni: concorso per progetti innovativi

► Prosegue l'impegno di Gilead Sciences nel sostenere progetti dal forte impatto sociale ideati sia dalla comunità scientifica che dall'associazionismo no profit.

Hanno preso il via infatti due bandi di concorso promossi dalla società biofarmaceutica: la II edizione del Fellowship Program e il nuovo Community Award, destinati a premiare progetti innovativi nel campo delle infezioni da HIV, da virus dell'epatite B e delle infezioni fungine invasive.



Gilead Sciences ha realizzato il sito [www.itfellowshipprogram.it](http://www.itfellowshipprogram.it) per agevolare la presentazione dei progetti e per conoscere in dettaglio i bandi (che si chiuderanno il 30 aprile) e le modalità di partecipazione. Non mancano le videointerviste alla commissione giudicatrice e al comitato di valutazione, entrambe costituite da esperti competenti nelle aree interessate che, attraverso criteri oggettivi, individueranno i più meritevoli che verranno premiati.

## Aggiornamento sulle malattie rare

► I nuovi scenari che si sono creati con l'aumentata sopravvivenza dei pazienti affetti da molte patologie rare genetico-metaboliche o malformative, legati al miglioramento delle cure, impongono oggi un maggiore e più consapevole coinvolgimento del medico nella presa in carico e nella gestione del paziente

stesso. Su queste premesse nasce l'idea di un gruppo di specialisti di realizzare il testo "Le malattie rare in età giovane-adulta: dal sospetto diagnostico alla gestione clinica" (coordinamento scientifico: Dott. Angelo Selicorni e Dott.ssa Rossella Parini, AO San Gerardo di Monza) composto 55 schede in grado di inquadrare esaurientemente quelle sindromi genetico-metaboliche e malformative che, evidenziando un incremento significativo del tasso di sopravvivenza, richiedono una presa in carico e una gestione anche a livello territoriale.

"Dal sospetto diagnostico alla gestione clinica", ovvero il sottotitolo, rende eloquente ragione della volontà sia degli autori sia di Genzyme di connotare con queste finalità l'opera.



■ Le Malattie Rare in età giovane-adulta. Dal sospetto diagnostico alla gestione clinica

## Comunicare in salute: la scelta della certificazione

► Lavorare a fianco delle aziende farmaceutiche, in un contesto regolato come quello italiano, significa avvalersi di professionisti altamente specializzati. È il caso dell'agenzia "Weber Shandwick healthcare", leader a livello mondiale, che opera sia nella comunicazione healthcare che nella educazione continua in medicina. "Weber Shandwick healthcare" è il primo network europeo di relazioni

pubbliche totalmente certificato in materia regolatoria in ambito sanitario dal Center for Communication Compliance. Questa fondamentale tappa di crescita è frutto del profondo impegno nell'ambito della formazione dei professionisti e riflette il grande sforzo nel comprendere a fondo il panorama rigidamente regolato della comunicazione nel settore della salute. Il network healthcare dell'agenzia si sta espandendo in Europa: per questo il team è stato formato per conoscere non soltanto la legislazione del proprio Paese, ma padroneggiare anche quelle del più ampio contesto europeo.

## Al via i nuovi corsi di Medici in Africa

► Da dieci anni l'associazione "Medici in Africa", che ha sede a Genova, organizza corsi per medici e infermieri che desiderano svolgere azione di volontariato nei Paesi africani o di altre zone emergenti. I corsi intendono fornire, in tempi brevi, informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di auto-protezione dalle più frequenti malattie endemiche, cenni di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro. Inoltre fornisce l'esperienza di colleghi che sono già stati in tali zone e mette in contatto i futuri cooperatori con organizzazioni che lavorano in loco e che possiedono ospedali. L'associazione organizzerà il prossimo corso base dal 16 al 19 maggio 2012 presso l'Auditorium del Galata Museo del Mare, Darsena Porto Antico, Genova. Il costo del corso è di 300 euro.

Per ulteriori informazioni:  
[www.medicinafrica.it](http://www.medicinafrica.it)