

# M.D.

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

Anno XIX, numero 8 - 15 giugno 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

6

**Cronicità e fragilità:  
alla ricerca di un modello  
assistenziale sostenibile**

### CONTRAPPUNTO

10

**Certificati Inps e la solita  
ipocrisia italiana**

### RASSEGNA

26

**Le infezioni polmonari  
nell'anziano**



CONTIENE I.P.

## Mirene Anna Luciani

*Medico di medicina generale in Formazione  
Regione Toscana - Pisa*

**I medici di famiglia che verranno:  
realtà e aspettative**

## ATTUALITÀ

- **Editoriale**  
L'esplosione della medicina difensiva tra verità e scandali ..... 3
- **Intervista**  
I medici di famiglia che verranno tra realtà e aspettative ..... 4
- **Focus on**  
Cronicità e fragilità: alla ricerca di un modello  
assistenziale sostenibile ..... 6
- **Contrappunto**  
Certificati Inps e la solita ipocrisia italiana ..... 10

## AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**  
Copertura farmacologica lungo l'arco delle 24 ore ..... 14
- **Diagnostica**  
Tecnologie per l'identificazione precoce dei tumori del sangue ..... 15
- **Endocrinologia**  
Colpa della tiroide se l'organismo rallenta ..... 16
- **Ginecologia**  
Si può modificare l'intervallo per il Pap-test? ..... 17
- **Pneumologia**  
Una nuova chiave di lettura della terapia dell'asma ..... 18

## CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**  
La settimana del medico di famiglia ..... 22
- **Pratica medica**  
Stenosi lombari: la sindrome di Verbiest ..... 24
- **Rassegna**  
Le infezioni polmonari nell'anziano ..... 26
- **Trial**  
Confermati i benefici della terapia trombolitica nell'ictus ..... 29
- **Prospettive**  
Novità sul fronte della donazione di organi ..... 30
- **Osservatorio**  
Dalla frutta, antiossidanti ad ampio spettro ..... 31
- **Monitor** ..... 32

### 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 Marzo, 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  
A member of Federation of Health Services 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

# L'esplosione della medicina difensiva tra verità e scandali

**C**he il fenomeno del contenzioso sulla responsabilità civile medico-sanitaria stesse assumendo contorni preoccupanti non erano state solo le assicurazioni a evidenziarlo. Lo avevano fatto anche i medici seppur sottovoce, insinuando spesso il dubbio che dietro certe cifre ci fosse ben altro. Si sa, certi sospetti vanno sussurrati piano, specialmente in un momento storico in cui i medici hanno perso il loro proverbiale *appeal*.

Eppure anche nel caso del *boom* di denunce contro i medici, a cui abbiamo assistito in questi ultimi anni, vale il proverbiale assioma andreottiano. *"A pensare male si fa peccato, ma spesso ci si azzecca"*.

A dare forza a questa affermazione è il recente articolo di Gian Antonio Stella sul *Corriere della Sera*: *"L'assedio legale a medici e pazienti"* con cui il giornalista descrive il *business* che ci cela dietro la ridondanza data agli "errori medici e sanitari". Con dovizia di dettagli, Stella denuncia un vero e proprio adescamento "emotivo", attraverso la rete e la pubblicità, di pazienti delusi e amareggiati, da parte di studi legali o affini e ne mostra le conseguenze in termini di aumento della spesa sanitaria e di ricorso alla medicina difensiva. Cita indagini secondo cui l'iperprescrizione di farmaci, di visite e di indagini diagnostiche costa al nostro Paese circa 12,6 miliardi l'anno cioè l'11,8% dell'intera spesa sanitaria. Insomma tratteggia una realtà ben conosciuta dagli addetti ai lavori, ma restata nei confini dei dibattiti e dei confronti tra i professionisti della sanità e finalmente la sdogana portandola all'attenzione di tutti.

# I medici di famiglia che verranno tra realtà e aspettative



Quali sono le motivazioni che oggi spingono un giovane a voler intraprendere la professione di medico di medicina generale? *M.D.* lo ha chiesto a Mirene Anna Luciani, Mmg in formazione, vincitrice del Junior Researcher Award VdGM - WONCA 2012.

► **Anna Sgritto**

**D**eterminazione, entusiasmo e consapevolezza di una scelta professionale difficile e in divenire distinguono **Mirene Anna Luciani**, medico di medicina generale in formazione, tarantina d'origine e pisana "d'adozione", vincitrice del *Junior Researcher Award VdGM - WONCA 2012* che, nell'intervista rilasciata a *M.D.* introduce subito un tema "caldo" e attualissimo: la protesta dei Mmg in formazione, su cui sente la necessità di puntualizzare. "Colgo l'opportunità di questa intervista per sottolineare che la recente mobilitazione dei giovani medici in formazione in medicina generale va molto al di là delle giuste rivendicazioni economico-fiscali. Leggerla solo in questo senso sarebbe riduttivo perché non ne coglierebbe l'istanza più profonda e cioè il riconoscimento della propria identità professionale. I medici di medicina generale vivono un disagio professionale dovuto ad una marginalizzazione negli ambienti

decisionali e ad un comune sentire dell'opinione pubblica che non li considera per il loro reale valore e ruolo. Per cambiare questa realtà sia sul piano culturale sia istituzionale è necessario trovare una condivisione nella categoria ed è a ciò che anelano i giovani medici in formazione, per questo motivo si è voluta dare una risonanza nazionale alla protesta. Partendo dal problema delle borse di studio si è cercato di focalizzare l'attenzione sulle criticità di una categoria e del suo percorso formativo. Abbiamo l'esigenza di un riconoscimento della nostra professionalità, di trovar voce a livello centrale per potere entrare nel percorso ideativo e decisionale della futura e ormai impellente riforma della medicina generale. Qualcosa sta cambiando e i giovani Mmg vogliono essere protagonisti di questo cambiamento, desideriamo far capire che noi siamo il futuro e per questo futuro abbiamo delle idee".

► **La protesta è nata sui *social network*, ma poi sulle forme da dare alla mobilitazione il movimento si è diversificato...**

"La verità che anche noi Mmg in formazione, come i nostri colleghi già inseriti da anni nella professione, non riusciamo a fare gruppo e a creare un legame forte tra i membri della categoria come accade in altre professioni. I *social network* sono uno strumento innovativo e importante per lo scambio veloce di idee, ma hanno dei limiti, non possono sostituire l'approccio *de visu*, indispensabile per dar vita ad una riflessione articolata e a un confronto pacato su tematiche complesse. C'è il rischio di perdere la capacità di un ragionamento articolato che consideri prospettive e conseguenze a lungo termine. Per esempio, in merito alla riforma dell'iter formativo dei Mmg, il cammino è già stato intrapreso da tempo, basti pensare a quanto sviluppato dall'Osservatorio Nazionale sulla Formazione.

A questo punto è necessario passare dalle parole ai fatti e in questo passaggio gli specializzandi devono avere più voce in capitolo”.

### ► Cosa ne pensa delle proposte di riforma della MG?

“Condivido l’impianto generale della riforma, ma intravedo un pericolo, la possibile scomparsa della medicina rurale. I Mmg di quelle aree rischiano di trovarsi in serie difficoltà. Essendo distanti dai centri di riferimento ospedalieri, andrebbero incentivati ad avere una autonomia maggiore in modo che non si vengano a creare dei vuoti assistenziali. Ciò non significa che lo sviluppo delle forme associative e del lavoro di gruppo non rappresenti il futuro dell’esercizio della nostra professione. L’integrazione con altre figure professionali è una necessità per affrontare l’emergenza dell’assistenza alle cronicità. Sono convinta che in questa riorganizzazione non deve essere assolutamente stravolta quella che è l’essenza della nostra professione, la relazione tra Mmg e paziente. Proprio per questo motivo ritengo che la formazione debba rimanere nell’ambito della medicina generale con il supporto di strutture universitarie e regionali. Non bisogna perdere la prerogativa che a formare i futuri medici di famiglia siano i Mmg”.

### ► L’essere tra i vincitori del Junior Researcher Award 2012 la rende in qualche modo testimone della qualità e delle competenze che la MG italiana può esprimere...

“A dire la verità sia questo premio che gli annessi elogi mi imbarazzano un po’. Ma devo ammettere che molti degli innumerevoli complimenti che ho avuto sottolineavano la valen-

za di questa vittoria, non solo perché è la prima volta che tocca all’Italia, ma per l’assenza di italiani in giuria e per il fatto che i concorrenti italiani, a differenza di quelli provenienti da altri Paesi europei, non sono allievi di dipartimenti universitari, dove l’attività di ricerca è di *routine*. Mi preme sottolineare che il raggiungimento di questo traguardo è stato possibile grazie al percorso formativo che l’Università di Pisa mi ha permesso di intraprendere durante il corso di laurea, grazie alla qualità del corso di formazione in MG della Toscana e dei professionisti che lo animano, dell’Ordine dei Medici, del mio tutor, il dottor **Luca Puccetti** e di molti altri che mi hanno motivata e spronata”.

### ► Sin dall’inizio dei suoi studi era decisa a voler intraprendere la professione di Mmg?

“Volevo fare tutt’altro. Ero orientata alla chirurgia d’urgenza di cui mi affascinava non solo l’idea di ‘toccare con mano’ la patologia, ma soprattutto il lavoro in *team*. Nel percorso post laurea per l’abilitazione professionale sono entrata in contatto con la medicina generale, un mondo e una disciplina che non conoscevo affatto. L’esperienza ambulatoriale e quella delle visite domiciliari mi hanno profondamente segnata. Mi hanno reso consapevole dell’originalità di questa disciplina che fonda il proprio metodo clinico sulla capacità di utilizzare la relazione fra medico e paziente, percepisce i pazienti come persone, piuttosto che come portatori di malattia, evita la divisione mente-corpo, considera il paziente e la sua comunità a livello olistico e non meccanicistico. Lo spettro di patologie con cui si entra in contatto è enorme e l’aspetto in-

terdisciplinare è fondamentale. Ho quindi deciso di partecipare al concorso e, fortunatamente, l’ho vinto e ho iniziato questo percorso con entusiasmo. Un entusiasmo che mi ha fatto mettere in pratica un’altra mia passione: la ricerca. Mi sono iscritta alla Società Scientifica Interdisciplinare Promed Galileo condividendone pienamente la *mission*. La Società, infatti, promuove l’interscambio culturale tra le singole aree specialistiche e la medicina del territorio con l’obiettivo di superare un’artificiosa divisione che spesso quasi contrappone queste due realtà professionali, rischiando di generare un’eccessiva frammentazione degli interventi e di far smarrire la visione unitaria del paziente. Incentivata dal fatto che in altri Paesi si realizzano ricerche in MG, ho seguito un corso *ad hoc* dell’EPGRN. Con la collaborazione del dottor **Ferdinando Petrazzuoli**, referente per l’Italia, ho realizzato il mio progetto di ricerca selezionato prima a livello nazionale e poi europeo. La ricerca era tesa a valutare sul territorio l’effettiva incidenza di diabete mellito in pazienti in terapia con statine in prevenzione primaria. Il progetto è nato dopo aver letto le recenti metanalisi che riportavano un aumento significativo di tale incidenza, ma mancava una valutazione sul territorio che evidenziasse se potesse o meno esserci una incidenza sovrapponibile”.

[www.qr-link.it/video/0812](http://www.qr-link.it/video/0812)



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

# Cronicità e fragilità: alla ricerca di un modello assistenziale sostenibile

*Il modello assistenziale territoriale multiprofessionale e multidisciplinare integrato si rivela al momento il più adatto a garantire la sostenibilità dell'assistenza alle cronicità. Inoltre presenta alcune fondamentali caratteristiche contemplate nei modelli organizzativi internazionali di riferimento*

**Bruno Agnetti**

*Responsabile Nazionale Assistenza Primaria Sindacato dei Medici Italiani (SMI)*



Il sociologo **Domenico De Masi** prevede tra 8 anni profondi cambiamenti che supereranno le già note modificazioni bio-psico-sociali e che saranno in grado di riscrivere drasticamente scenari e previsioni nel campo della senilità, della tecnologia, dell'economia, dell'etica e dell'estetica, della cultura e del tempo libero; lo studioso si attende un *empowerment* di genere femminile e un incremento notevole del tele-lavoro/tele-relazioni. Non ci sarà da stupirsi se fra breve il nostro telefonino ci permetterà di comunicare con qualunque altro abitante della terra tramite una traduzione istantanea, quasi perfetta, che potremo ascoltare in diretta nel nostro auricolare mentre la persona che è davanti a noi o lontano da noi parla nella sua lingua originaria.

All'interno di tutte queste variabili planetarie *in progress* il nostro microcosmo sanitario persegue una sua propria evoluzione storica proponendo, per esempio, nel tempo, in modo formale oppure attraverso pragmatiche operative, svariati modelli organizzativi finalizzati a un riordinamento del sistema sanitario-assistenziale.

È necessario premettere che il nostro Ssn presenta delle peculiarità che lo distinguono da molte altre realtà o iniziative internazionali. La legge n. 833 del 1978 che lo ha istituito ha concretizzato e reso operativo il dettame contenuto nell'art. 32 della Costituzio-

ne (diritto alla salute per tutti). In questo disegno normativo il Mmg è individuato come ufficiale sanitario di primo livello (corrispondente al *General Practitioner* anglosassone).

In sintesi, i modelli organizzativi di riferimento su cui si basano i sistemi sanitari occidentali sono: il Kaiser Permanente (KP) e il *Chronic Care Model* (CCM). In Italia nell'ultimo periodo il dibattito si sta concentrando su due particolari modelli che comunque racchiudono molte caratteristiche contemplate nei modelli organizzativi internazionali: i Creg (*Chronic Related Group*) lombardi e il modello assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare territoriale integrato.

## ► L'evoluzione italia

I Creg (*Chronic Related Group*) lombardi sono stati ideati inizialmente (partendo dal modello dei Drg ospedalieri), da persone desiderose di assicurare una assistenza socio-sanitaria agli ammalati cronici. Le intuizioni e i principi originari si sono progressivamente orientati verso una possibile esternalizzazione dell'assistenza primaria (alla cronicità). Il Mmg diventa uno degli attori del Creg e perde la prerogativa di centralità in favore di un *case manager* fiduciario che potrebbe essere anche lo stesso Mmg, ma non è detto. In questo caso si perde-

## I modelli internazionali di organizzazione sanitaria

Il **Kaiser Permanente** (1945) è una organizzazione sanitaria sia no profit (fondazione) che profit (assicurazione) che tenta di offrire la migliore assistenza possibile per qualità delle cure, appropriatezza delle prestazioni e innovazioni organizzative-tecniche asserendo il principio della centralità del paziente e della priorità delle cure primarie. Inizialmente, il KP, si proponeva di diffondere il più rapidamente possibile le informazioni scientifiche sulle migliori pratiche descritte nei minimi particolari e redatte quasi come mansionari (tipo linee guida), iniziativa che si è enormemente implementata con lo sviluppo della rete informatica. Tra i principi della filosofia e dell'organizzazione del KP vi è quello di promuovere la salute e di prendersi carico del malato e non della malattia, fondando l'azione sulla pro attività al fine di prevenire eventuali complicazioni o aggravamenti nelle malattie croniche.

Il KP si propone inoltre di coinvolgere nel processo delle cure il malato e la famiglia e motiva i professionisti con sistemi incentivanti. La professionalità infermieristica

è più utilizzata di quella medica e si ricercano degenze sempre più brevi e il minor numero di ricoveri.

Il **Chronic Care Model** (CCM) è del 2002 ed è sottoposto a brevetto e a copyright. Si caratterizza per l'approccio proattivo del personale sanitario non medico che si relaziona direttamente con i pazienti in funzione della promozione della migliore autocura in caso di patologie croniche di modo che il ricorso al medico sia reso il più appropriato possibile. Per attuare il modello del CCM sono necessarie risorse, organizzazione in *team* e coordinamento di tutto il personale coinvolto. L'aggiornamento continuo, tipo KP, sostiene tutto il processo decisionale supportato a sua volta dalla tecnologia informatica. Il CCM ha subito nel tempo numerose modificazioni o migliorie: *Social Care Chronic Disease Management Model* (Regno Unito/Inghilterra); *Expanded Chronic Care Model* (Canada); *Kaiser Permanente's Risk Stratification Model* (Usa/Stati di diffusione del KP e Canada); *Patient Centred Medical Home* (PCMH definita nei suoi criteri specifici nel 2007).

rebbe il ruolo di riferimento svolto dal medico di medicina generale a garanzia dell'efficacia delle terapie: questa distrazione sulle caratteristiche distintive della medicina generale sembra poter essere una delle cause del prevedibile fallimento "terapeutico-assistenziale" dell'esperienza dei Creg oppure l'inizio, casalingo, di una profonda modifica del ruolo del Mmg (così come è stato fino ad ora) verso un sistema *provider/voucher/assicurativo*.

### ► Gestire i nuovi bisogni assistenziali

Il modello assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare territoriale integrato sembra poter offrire migliori garanzie per una sostenibilità ed un mantenimento

dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche in quanto permette quell'integrazione ospedale territorio (ospedale forte-territorio forte) e tutte le relative sinergie auspicate a gran voce da più parti (*Panorama della sanità*, 2011; 44: 18-29; *M.D.* 2012; 1: 14-17). L'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare raccoglie molte caratteristiche contemplate nei modelli organizzativi internazionali, ma ne riduce quelle rigidità che hanno costretto più volte, in vari contesti, ad apportare numerose aggiustature ai programmi internazionali stessi; trasforma il disegno organizzativo in modello soprattutto assistenziale (cioè fondato sui nuovi e reali bisogni assistenziali in incremento esponenziale per la cronicità e per la fragilità), riconfermando la

centralità del Mmg, della medicina generale e dei *team* in grado di prendersi carico della persona affetta da cronicità che altri costrutti, nonostante le dichiarazioni di intenti, non riescono ad assicurare. La MG infatti ha carattere universale e permette una accessibilità estremamente facilitata: gli ambulatori sono diffusi capillarmente su tutto il territorio nazionale; il rapporto con gli assistiti è di tipo fiduciario e richiede una azione attiva di libera scelta da parte dei cittadini; ripetute indagini di *customer satisfaction* riconfermano il gradimento della popolazione verso il servizio reso dai Mmg; la qualità dell'assistenza erogata è da sempre omogenea e diffusa tanto che anche per l'efficacia delle cure primarie il Ssn ricopre da sempre i primi posti del-

le classifiche mondiali; la filosofia che ispira la medicina generale è di tipo olistico e il paradigma di riferimento è bio-psico-sociale.

Per quanto riguarda il tema della formazione e dell'autoformazione dei Mmg occorre riconoscere che vi è stato negli ultimi tempi uno stimolo istituzionale importante. Ma la propulsione è stata a sua volta facilitata anche dall'alta flessibilità e adattabilità dei professionisti della MG che hanno adottato, prontamente, gli strumenti tecnologici della comunicazione e si sono resi disponibili per la loro riqualificazione. Non da ultimo va ricordato che i medici di medicina generale sono libero professionisti/parasubordinati assoggettati alle leggi del libero mercato come poche altre figure sanitarie.

### ► **Caratteristiche di problem solving**

Nel *team* assistenziale territoriale, con estrema facilità, si attua la condivisione delle più recenti LG (linee guida) proprio perché la presenza, all'interno del gruppo, di specialisti ambulatoriali, ospedalieri, di medici dei servizi territoriali, di medici di medicina generale, di medici di CA e di altre professionalità operanti sul territorio e nell'ospedale, permette una circolarità dei saperi che si possono poi tradurre in percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali-relazionali (PDTA-R). Questi PDTA-R sono realmente applicati e contestualizzati come conseguenza della responsabilità condivisa e della *accountabilty* che ogni componente il *team* automaticamente condivide con gli altri. L'enfasi sottolineata dalla R posta nell'acronimo PDTA-R vuol

proprio sottolineare l'importanza della relazione professionale all'interno dei componenti il *team*.

L'unità di intenti dei professionisti favorisce non di meno una facilità di accesso alle informazioni scientifiche riguardanti l'efficacia degli interventi attuati in ottemperanza alle decisioni assistenziali assunte dal gruppo (Ebm). Lo stesso dicasi per l'apprendimento e la formazione continua che si realizza grazie ad una spontanea esperienza di audit clinico professionale e ad una gestione dei possibili rischi collegabili all'attività.

La conseguenza è che la rendicontazione formale (*verbale finale eventualmente redatto o da un medico o dall'assistente sociale o dall'infermiera o da un altro componente il gruppo*) breve e semplificata, firmata elettronicamente da tutti i partecipanti, evidenzia non solo le prestazioni e i servizi erogati, ma i criteri, gli indicatori e gli standard di riferimento.

Tutto ciò rappresenta uno sviluppo *bottom-up* professionale solido e stabile nel tempo che permette il raggiungimento di obiettivi riguardanti l'assistenza alla cronicità che non sarebbero perseguibili se impostati su un piano individuale. Inoltre la costituzione di un gruppo (*team*) risolve anche la problematica della complessità relazionale che la tecnologia e l'informatica non riescono a dipanare. Solo un incontro *vis a vis* e un confronto tra persone può assicurare una risposta agli ammalati in grado di affrontare positivamente le complessità umane.

Questo progetto prevede un ruolo/funzione specifica per il Mmg: tutt'ora il Mmg rimane il vero conoscitore del territorio, delle

persone e delle loro famiglie. È il gestore ferrato in assistenza territoriale, ne ha una esperienza ed una competenza specifica come se fosse un "sistema esperto" ed è fisiologico che possa rivestire il ruolo di coordinatore di un gruppo di operatori che si muovono per obiettivi sanitari comuni sullo stesso territorio.

L'intensa stagione dell'associazionismo medico rappresenta, da questo punto di vista, una prefazione e un allenamento all'attività dei *team*. Il medico di medicina generale inoltre è direttamente interessato al buon funzionamento del progetto e della sua produttività in quanto questa azione è finalizzata alla soluzione dei problemi dei "suoi-propri" pazienti che, per altro, diventano essi stessi "sistemi esperti" per quanto riguarda la propria patologia (G. Bateson 1984).

Il *team* assistenziale territoriale può quindi diventare un modello gradito anche alle istituzioni aziendali perché in grado di assicurare un buon sviluppo ed un progresso delle capacità di adeguamento istituzionale alle condizioni di instabilità del sistema in quanto, lo stesso *team*, ha in se le abilità per attuare aggiustamenti in diretta (bio-feedback-omeostasi), anticipando e prevedendo eventuali evoluzioni dell'intera complessità assistenziale usufruendo di due sistemi esperti in grado di autoregolarsi (Mmg e paziente).

È evidente che una tale programmazione, uno strumento di lavoro così articolato richiede un sostegno politico prima centrale e poi regionale, un adattamento ai contesti e una revisione dei sistemi incentivanti che si dovrebbero e in gran parte riallocare a favore



dei *team* assistenziali territoriali integrati e delle figure professionali coinvolte pur nella considerazione della loro diversa posizione giuslavoristica e contrattuale come, a suo tempo, è stato fatto, in alcune realtà, con convinzione, per quanto riguarda l'associazionismo medico evoluto.

Questo modello è in grado di convivere perfettamente con tutte le forme organizzative/associative già esistenti. Non di meno ogni forma associativa ed in particolare il progetto "Case della Salute", se si considera la struttura così detta "grande", è in grado di facilitare l'operatività dei team, la logistica, gli orari, le modalità di convocazione e l'esecuzione

stessa della riunione, la copertura h. 12 ed h. 24, la continuità dell'assistenza sette giorni su sette, l'integrazione ospedale-territorio, la gestione della cronicità e degli accessi al PS o dei ricoveri passibili di inappropriatazza, l'inserimento fattivo e concreto nell'attività ambulatoriale dei giovani colleghi in formazione per la medicina generale e dei colleghi di continuità assistenziale nella organizzazione dell'Assistenza e delle Cure Primarie.

#### ► I territori montani

Una particolare attenzione dovrà essere rivolta, da questo punto di vista, alle zone disagiate, con

popolazione dispersa e territori montani. I *team* assistenziali territoriali multi professionali e multidisciplinari integrati attraverso i PDTA-R possono, (indipendentemente dalle filosofie collegate a modelli organizzativi, algoritmi predittivi o forme associative), assicurare una reale presa in carico appropriata e umanizzata della cronicità/fragilità che può essere applicata da subito su tutto il territorio nazionale. È possibile raggiungere così l'obiettivo di rispondere in modo adeguato ai nuovi bisogni assistenziali e forse liberare preziose risorse in grado di auto mantenere e auto finanziare tutte le nuove iniziative collegabili ai *team* assistenziali territoriali.

# Certificati Inps e la solita ipocrisia italiana

Dei rischi della certificazione di malattia online, soprattutto nel rapporto con i pazienti, nessuno si è occupato e tanto meno preoccupato. E ora tocca fare i conti con i risvolti “giuridici”

**Luciano Camerra**

*Medico di medicina generale, Limbiate (MB)*

**L**anci il sasso e nascondi la mano. Solitamente si usa questa frase per “epistrofare” chi utilizza la strategia della provocazione fine a se stessa, sottolineandone anche la vena ipocrita. A quanto pare è uno dei tanti vizietti tipici del Bel Paese. In materia sanitaria esistono alcune “beghe di cortile” che solitamente sfuggono all’attenzione del lettore medio e finanche a quell’attento occhio dell’addetto ai lavori, sempre più intento a scorgere imminenti vie di fuga dalla professione medica, piuttosto che a interpretare adeguatamente fatti di vita quotidiana, per cui rischia la condanna da parte della Magistratura. Tra le rotte predefinite dagli amministratori politici passati che, come tanti altri, hanno desiderato lasciare un segno indelebile nella storia dell’italica sanità, molto favore, anche tra gli stessi medici, aveva riscosso l’invenzione e l’implementazione del certificato telematico di malattia, un’attività di sicuro interesse professionale, che avrebbe innalzato gli standard qualitativi di una categoria così tanto bistrattata. Inoltre avrebbe messo a dura prova le competenze informatiche e tecnologiche di chi, nelle Regioni all’avanguardia in questo settore, si era più volte rifiutato di adeguarsi ai cambiamenti che in ogni società il progresso richiede, un po’ come i giovani di ora, disoccupati di domani, dovranno adeguarsi a vagabondare

per il globo terraqueo per consentire a pochi di continuare a prosperare nel Paese natio. Avevo visto con sospetto questa rivoluzione nella comunicazione con i sistemi dell’Amministrazione pubblica. Il primo dei motivi era l’evidente pressapochismo con cui le interfacce per l’invio dei certificati online erano state confezionate e le cadute di “tensione” dei sistemi di comunicazione, che nel primo anno hanno complicato la fluidità del nostro lavoro. In secondo luogo la previsione che, pur essendo stato imposto a tutti i medici operanti nelle strutture pubbliche e convenzionate l’obbligo dell’invio del certificato, fino ad oggi oltre il 90% degli stessi è quotidianamente evaso dai soli Mmg con nessun onore e tanti oneri per tale imposizione non prevista e non concordata con un Acn. Infine per le inevitabili ricadute comportamentali che tale operazione avrebbe prodotto nel rapporto medico paziente, unico fattore che, a quanto pare, rende ancor oggi indispensabile il nostro ruolo di Mmg, perno del Ssn e Ssr in quanto medici in prima linea nell’accogliere bisogni e lamentazioni dei nostri assistiti.

## ► Ci pensa il Mmg

I PS scoppiano? *No problem*, ci pensa il Mmg a farvi l’ambulatorio per i codici bianchi. La guardia medica non esiste più perché non si trovano medici di-

sposti a farla? *No problem*, ci pensa il Mmg a rendersi disponibile per h. 12 e h. 24. Il paziente non dispone di tempo e mezzi per potersi recare dal Mmg per farsi visitare e ricevere un piccolo numeretto che gli consentirà di essere pagato dalla comunità pur rimanendosene comodamente a casa a curarsi? *No problem*, ci pensa il Mmg a... e no, stavolta proprio non funziona così. Pare che dalla Cassazione qualcuno abbia detto che non si fa così. A dire il vero lo sapevamo già, sapevamo cioè che l’atto certificativo è ovunque un atto serio, forse il più importante della professione medica perché, insieme a quello terapeutico, conclude un PDT tanto caro al giorno d’oggi ai funzionari Asl, ovviamente per altri fini. Il paziente si deve presentare in studio (è impensabile, come sostiene qualcuno, che ci si possa trasferire a domicilio con un portatile o un tablet perché, almeno in Lombardia, tutto passa attraverso la carta SISS e un Provider certificato), si deve sottoporre alla visita medica e, al termine, deve ricevere il prezioso numero da comunicare all’Azienda, il famoso numero di protocollo, per ottenerne in cambio una retribuzione economicamente più che soddisfacente. Non è così per esempio per il Mmg che si deve procurare un sostituto qualora si ammalasse e deve guarire in fretta, pena una forte decurtazione economica qualora stia troppo a lungo a riposo.

Non è così per il libero professionista puro, che ha bisogno di tirare su la serranda del negozio, pena il mancato incasso di una o più giornate o il pagamento di un sostituto che, in quanto sostituto, non avrà la stessa sua dedizione e passione al lavoro svolto. Insomma, un po' controcorrente, non credo di poter essere smentito affermando che, almeno dal punto di vista del sostegno sociale ed economico al lavoratore dipendente in caso di malattia, il nostro Paese non sia poi così tanto arretrato come si verifica in altri settori, tutt'altro.

#### ► Il rischio di abuso

Il problema però è di altra natura e riguarda quel fenomeno di adattamento alle nuove condizioni ambientali che l'essere umano, al vertice della scala evolutiva, impiega meno di due secondi ad acquisire, soprattutto quando ne derivi un guadagno di qualsiasi genere. Allora come l'eczema sulle mani di un *caregiver*, stressato dalle cure prolungate prestate ad un

suo caro, costituisce il presupposto per doversene tenere alla larga per un tempo adeguato, imponendo a qualcun altro di farsi carico di quel peso, così il fatto di non doversi più recare presso un ufficio postale o presso la sede dell'INPS, di non dover corrispondere 4-5 euro per una raccomandata fino a qualche tempo fa richiesta, espone al rischio di un abuso da parte del cittadino della frequente abitudine di assentarsi dal lavoro, anche quando il disturbo sofferto sia di lieve entità. Il Mmg rischia di diventare il tramite di un perverso comportamento utilitaristico di entrambe le parti. Il cittadino pretende che siano rispettati i suoi diritti, il sistema pretende che il Mmg diventi, più di quanto non abbia fatto finora, la sua *longa manus* rispetto alla necessità di un controllo territoriale dell'assenteismo. Peraltro il cittadino legge la comunicazione da parte del sistema secondo le sue necessità: non devo spendere soldi per il certificato, è comodo rivolgersi al Mmg per l'invio telematico, posso farlo da casa mia e quindi ci provo. Mal che

vada nel Paese in cui risiedo troverò, a fronte di qualche rifiuto, un Mmg che si presti a soddisfare le mie richieste. D'altronde il segnale inviato dal sistema è stato: maggior efficienza, minore spesa per il sistema ed il cittadino, maggior comodità, per tutti meno che per il Mmg. Dei rischi che si potessero correre nessuno si è occupato e nessuno si è tanto meno preoccupato. Purtroppo l'elemento finale di questa intrecciata catena di relazioni è sempre ed inevitabilmente il Mmg, unico a dover certificare, unico a doversi assumere responsabilità, unico esposto al pubblico ludibrio, unico ad essere perciò stigmatizzato per comportamenti talvolta troppo disponibili a risolvere la questione secondo buon senso. Finché tutto va bene, nel bel Paese puoi fare quello che vuoi. Prega soltanto che non scoppi il bubbone, perché allora chiunque sarà disposto a metterti al rogo. Forse è per questo che molti colleghi stanno decidendo di abbandonare anzitempo una professione che, una volta, tanto tempo fa, era la più bella in assoluto.

# AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

---

---

---



## ■ **CARDIOLOGIA**

*Copertura farmacologica lungo l'arco delle 24 ore*

## ■ **DIAGNOSTICA**

*Tecnologie per l'identificazione precoce dei tumori del sangue*

## ■ **ENDOCRINOLOGIA**

*Colpa della tiroide se l'organismo rallenta*

## ■ **GINECOLOGIA**

*Si può modificare l'intervallo per il Pap-test?*

## ■ **PNEUMOLOGIA**

*Una nuova chiave di lettura della terapia dell'asma*

## ■ CARDIOLOGIA

### Copertura farmacologica lungo l'arco delle 24 ore

■ Liria Rame

Numerose funzioni biologiche, come la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, l'attività del SNS, il tono vascolare, l'aggregazione piastrinica, la fibrinolisi mostrano un ritmo circadiano che può contribuire al picco di eventi cardiovascolari particolarmente evidente nelle prime ore del mattino. Ciò spiega quale importanza assume, al fine di un'ottimale gestione del paziente con ipertensione arteriosa, il fatto che una terapia farmacologica sia in grado di garantire una copertura di tutto l'arco delle 24 ore: solo questo infatti può fornire copertura al paziente anche durante le ore di maggiore vulnerabilità.

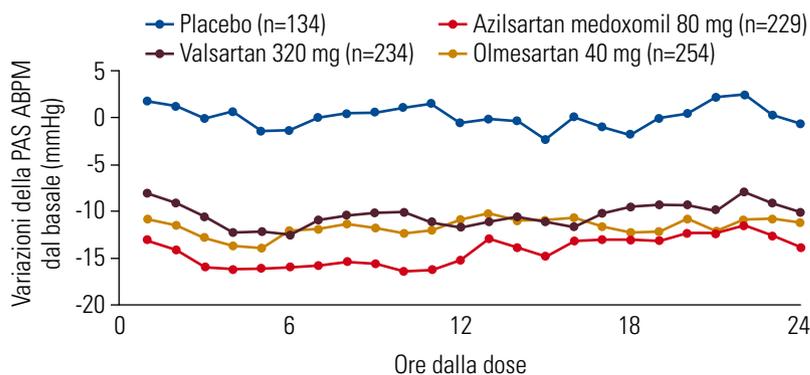
Azilsartan medoxomil, un nuovo antagonista dei recettori dell'angiotensina II entrato di recente a far parte dell'armamentario terapeutico, sembra destinato a rispondere a questa necessità. La molecola, infatti, ha consentito di ottenere una riduzione della pressione sistolica nelle 24 ore superiore rispetto alla dose massima approvata di due ARB di impiego comune, valsartan e olmesartan,

in due studi clinici comparativi. Questi studi fanno parte dell'ampio programma di sviluppo clinico che ha coinvolto quasi 6000 pazienti e ha valutato l'efficacia e la sicurezza di azilsartan medoxomil come terapia orale di prima linea, sia in monoterapia sia in combinazione con altri ipertensivi, quali clortalidone e amlodipina, confrontandola anche con olmesartan

medoxomil, valsartan e ramipril. Il confronto di efficacia e sicurezza versus olmesartan medoxomil e valsartan, ha dimostrato che azilsartan medoxomil, alla dose di 80 mg/die, determina una riduzione pressoria più evidente, sia rispetto alla dose massima approvata di olmesartan medoxomil (40 mg/die) sia a valsartan 320 mg/die (*Bakris GL et al. J Clin Hypertens 2011; 13: 81; White WB et al. Hypertension 2011; 57: 413*) (figura); il profilo degli eventi avversi conferma l'ottimale tollerabilità di questo ARB.

L'efficacia antipertensiva di azilsartan medoxomil versus valsartan è stata valutata anche in uno studio di 6 mesi, confermando che la nuova molecola produce una risposta antipertensiva più precoce che si mantiene nel tempo.

#### Variazioni orarie della PAS alla 6<sup>a</sup> settimana di trattamento



Media basale (mmHg)

Placebo: 144 Valsartan 320 mg: 146 Olmesartan 40 mg: 145 Azilsartan medoxomil: 145

Mod. da White WB et al, *Hypertens* 2011; 57: 413-20

## ■ DIAGNOSTICA

### Tecnologie per l'identificazione precoce dei tumori del sangue

**G**razie ad importanti innovazioni è oggi possibile caratterizzare e quantificare i geni alterati che sono alla base delle patologie tumorali: con la diagnostica molecolare si è compiuto un passo avanti molto importante per impostare e condurre correttamente il piano terapeutico della maggior parte delle leucemie e dei linfomi. Con significativi impatti sia nell'efficacia clinica della terapia sia nella sostenibilità della spesa sanitaria nelle società occidentali.

A differenza dell'immunodiagnostica, che si basa sulla ricerca di proteine del virus o della cellula tumorale e da qui risale alla diagnosi, la diagnostica molecolare ricerca la presenza degli acidi nucleici specifici degli agenti infettivi (come virus e batteri) o delle cellule tumorali. Nel settore dell'oncologia, inoltre, la diagnostica molecolare, partendo dallo studio della sequenza di DNA della cellula tumorale, riesce a identificare la tipologia specifica di neoplasia sviluppata dal paziente.

Le tecnologie fino ad oggi disponibili sono quelle che poggiano sulla PCR (Polymerase chain reaction), disponibile da anni sul mercato. Come noto, si basa sulla generazione in vitro di quantitativi misurabili

e analizzabili di DNA che, partendo da quantitativi infinitesimali di DNA o RNA patologici presenti nei fluidi biologici, permette la determinazione della forma di tumore o dello specifico agente infettante.

La nuova tecnologia di diagnostica molecolare (tecnologia LAMP, *Loop Mediated Isothermal Amplification*, tecnologia di importazione giapponese, migliorata e sviluppata da un'azienda italiana) verrà applicata nei prossimi mesi non solo ad alcune patologie infettive ma anche nel settore dei tumori del sangue, in particolare nelle leucemie mieloidi e linfoblastiche che presentano delle alterazioni (come ad esempio mutazioni) specifiche del loro DNA.

In estrema sintesi, l'impiego della diagnostica molecolare permette di:

- definire, al momento della diagnosi, il profilo di rischio e la corretta scelta terapeutica della maggior parte delle leucemie;

- valutare con accuratezza l'entità della malattia residua per interpretare la chemiosensibilità della malattia ai trattamenti eseguiti, la necessità di ricorrere a procedure trapiantologiche e il rischio della recidiva di malattia;

- monitorare l'efficacia di tratta-

menti con nuovi farmaci sviluppati per la loro azione selettiva su target molecolari specifici.

Tutte decisioni la cui assunzione richiede spesso tempi veloci, per non compromettere il quadro generale di salute del paziente e l'efficacia del trattamento e, in prospettiva, assicurare una completa guarigione del paziente.

In futuro la diagnostica molecolare potrà essere applicata anche ai tumori solidi, tra cui quelli a pancreas, intestino e polmone. La grande sfida corre quindi su due binari. Da un lato, identificare e sequenziare le alterazioni del DNA delle cellule in molte delle forme di tumore più diffuse. Dall'altro, rendere disponibile una tecnologia di diagnosi semplice, veloce ed economica nel più ampio numero di laboratori degli ospedali e centri di cura italiani.

[www.qr-link.it/video/0812](http://www.qr-link.it/video/0812)



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

## ■ ENDOCRINOLOGIA

### Colpa della tiroide se l'organismo rallenta

L'ipotiroidismo si associa in modo caratteristico ad un rallentamento generalizzato delle funzioni corporee. Si osserva un rallentamento dell'attività fisica e di quella mentale, della funzione cardiovascolare, di quella gastrointestinale e di quella neuromuscolare.

I sintomi tendono ad apparire gradualmente, nell'arco di un lungo periodo di tempo. Il rallentamento del metabolismo negli anziani viene considerato un cambiamento naturale

dovuto all'età; pertanto, una condizione di ipotiroidismo senile risulta spesso misconosciuta.

I sintomi tipici dell'ipotiroidismo sono numerosi e comprendono: sensazione di freddo, depressione, rallentamento del ritmo cardiaco, sonnolenza diurna, stanchezza e affaticamento, difficoltà di concentrazione, aumento di peso, alterazioni del ciclo mestruale, ritenzioni idrica, stipsi, cute secca e ruvida, caduta dei capelli, perdita di memoria (nelle persone anziane può rappresentare l'unico segno di ipotiroidismo) e ritardo nella crescita e

nello sviluppo quando la patologia si manifesta nell'infanzia.

Questi sintomi possono peggiorare nel tempo man mano che la fun-



zione della tiroide si va deteriorando, sino a giungere, negli stadi più avanzati di malattia, al coma. A peggiorare il quadro clinico c'è un possibile atteggiamento del malato ad "adattarsi" e ad accettare una "vita al rallentatore".

Le cause principali di ipotiroidismo sono rappresentate dalle malattie autoimmuni (la tiroidite di Hashimoto e la tiroidite atrofica), dall'ablazione tiroidea secondaria a noduli; da radiazioni impiegate per la cura di gozzo nodulare o cancro alla tiroide, dall'ipotiroidismo congenito, tiroidi-

te, farmaci (amiodarone, litio, interferone-alfa, l'interleukina-2) che possono impedire alla ghiandola tiroidea di produrre ormoni normalmente. Altre cause sono rappresentate dall'assunzione di iodio (in eccesso o in difetto), dai danni all'ipofisi, dalla deposizione nella tiroide di sostanze anomale (proteine amiloidi nell'amiloidosi, ferro nell'emocromatosi).

La diagnosi è fatta valutando i sintomi, l'anamnesi medica e di famiglia, il controllo della tiroide, la va-

lutazione dei sintomi oggettivi presenti e il controllo dei parametri ematici (TSH, FT4, FT3); in caso di diagnosi positiva è importante avvertire i membri della propria famiglia poiché le malattie della tiroide possono essere ereditarie.

Il trattamento prevede la somministrazione, a titolo integrati-

vo, di ormoni tiroidei iniziando con piccole dosi e progressivi incrementi fino a stabilire la posologia appropriata.

[www.qr-link.it/video/0812](http://www.qr-link.it/video/0812)



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

## GINECOLOGIA

### Si può modificare l'intervallo per il Pap-test?

Grazie alla disponibilità di migliori programmi di prevenzione, di nuovi esami di diagnosi precoce, di approcci chirurgici più efficaci, di farmaci sperimentali, di nuove frontiere nella ricerca, la lotta ai tumori ginecologici continua a cambiare volto. In particolare, per quanto riguarda la prevenzione del tumore del collo dell'utero è crollato il dogma del Pap-test annuale: i più recenti studi nazionali ed internazionali confermano che l'efficacia dell'esame non è legata all'esecuzione ogni 12 mesi e che dunque l'intervallo può

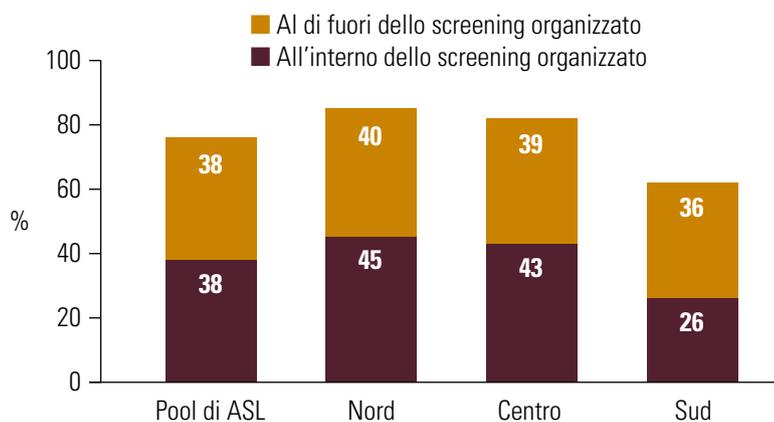
essere esteso. Il dibattito è aperto, ma lo IEO indica una linea chiara: Pap-test ogni tre anni, associato all'HPV test, e vaccinazione delle dodicenni e, dove possibile, delle adolescenti. "L'individuazione - ha dichiarato Mario Sideri, Direttore dell'Unità di Ginecologia Preventiva dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano - ha rivoluzionato in pochi anni la prevenzione di questo tumore. In meno di cinque anni la ricerca ha reso disponibile un test virale utilizzabile come screening e un vaccino contro l'HPV. Oggi addirittura invertiamo

il trend della prevenzione oncologica: chiediamo alla donna meno esami (a intervalli più lunghi) perché quelli di cui disponiamo sono più efficaci. È necessario ora un grande sforzo informativo per adattare velocemente le abitudini delle donne e dei medici a questi nuovi strumenti di prevenzione, evidenziando che sono potenzialmente in grado di azzerare completamente questo tumore".

L'indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, 2010) ha rilevato che nel 2010 la copertura complessiva al test di screening ha raggiunto valori elevati al Nord (85%) e al Centro (82%), mentre è più bassa al Sud (62%). Nello screening cervicale la quota di adesione spontanea è rilevante: a livello nazionale si stima infatti che quasi quattro donne su dieci (38%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato (si va dall'8% della Basilicata al 69% della Liguria).

Sempre nel corso del 2010 156.509 donne tra i 25 e i 64 anni hanno ricevuto l'invito per eseguire lo screening con il test Hpv come test primario, di queste 53.208 hanno aderito all'invito, con un'adesione pari al 34%.

**Copertura del Pap-test negli ultimi tre anni - Donne 25-64enni (Pool Asl - Passi 2010)**



[www.qr-link.it/video/0812](http://www.qr-link.it/video/0812)



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

## ■ PNEUMOLOGIA

### Una nuova chiave di lettura della terapia dell'asma

■ **Angela Walmar**

**U**n innovativo sistema terapeutico non farmacologico che ha come bersaglio il muscolo liscio bronchiale consente di trattare quei pazienti ai quali le terapie farmacologiche correnti non danno risposte risolutive. Questo nuovo sistema di termoplastica bronchiale ALAIR™ (Boston Scientific) è stato ideato per favorire il controllo dell'asma mediante la riduzione della massa del muscolo liscio delle vie aeree che, nei pazienti asmatici, è tipicamente aumentato. Sebbene i farmaci attualmente disponibili siano piuttosto efficaci in termini di controllo dell'infiammazione e della contrazione del muscolo liscio delle vie aeree nella maggior parte dei pazienti asmatici, alcuni pazienti affetti da asma grave continuano a manifestare una broncocostrizione eccessiva che è parte integrante di un attacco d'asma. Ridurre il muscolo liscio delle vie aeree riduce la capacità di costrizione delle vie aeree e di conseguenza riduce la frequenza e la gravità dei sintomi



*Catetere per la termoplastica bronchiale*

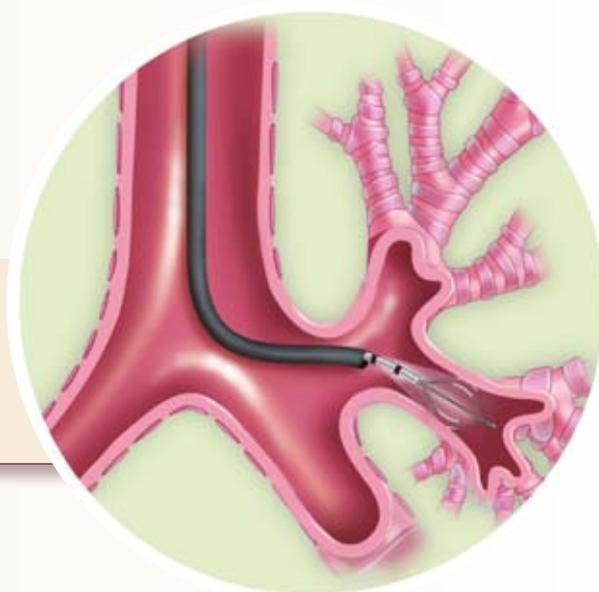
dell'asma. Il sistema di termoplastica bronchiale eroga energia termica nella parete della via aerea riscaldando il tessuto in maniera controllata e precisa al fine di ridurre la massa del muscolo liscio delle vie aeree. Il catetere per la termoplastica bronchiale, posizionato mediante un broncoscopio standard attraverso il naso o la bocca, eroga energia a radiofrequenza a rilascio controllato per l'intera lunghezza delle pareti delle vie aeree della durata di dieci secondi che provoca una riduzione del muscolo liscio delle vie aeree in eccesso che restringe le vie aeree nei pazienti asmatici.

La termoplastica bronchiale viene eseguita nel corso di tre visite, fissate a circa tre settimane di distanza l'una dall'altra. La prima procedura tratta le vie aeree nel lobo inferiore destro, la seconda tratta le vie aeree del lobo inferiore sinistro e la terza ed ultima procedura tratta le vie aeree in entrambi i lobi superiori. Ciascuna seduta dura circa un'ora

e dopo un breve periodo di recupero da una sedazione moderata, il paziente può proseguire con le sue attività quotidiane a casa.

Il primo trattamento di termoplastica bronchiale in Italia è stato eseguito presso gli Ospedali Riuniti di Ancona dalla équipe del professor **Stefano Gasparini**, Direttore Struttura Operativa Dipartimentale di Pneumologia, che ha così commentato: "Siamo orgogliosi di avere impiegato per primi in Italia la termoplastica bronchiale e i risultati, a distanza di pochi mesi dal trattamento, sono estremamente confortanti. La procedura ALAIR™, effettuata nel corso di tre sedute, a tre settimane di distanza l'una dall'altra, è stata effettuata tra i mesi di dicembre e febbraio su una paziente di 68 anni. Il trattamento non ha comportato particolari problemi e il monitoraggio costante che stiamo effettuando evidenzia una oggettiva regressione dei sintomi e un eccellente miglioramento della qualità di vita della paziente".

Il sistema di termoplastica bronchiale ALAIR™, di comprovata efficacia e sicurezza ampiamente dimostrate da studi clinici, offre ai pazienti affet-



# AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

ti da asma grave elevate probabilità di migliorare la qualità di vita; infatti, studi clinici hanno dimostrato un netto miglioramento a vantaggio dei pazienti trattati, in termini di riduzione di attacchi (-32%), visite al pronto soccorso (-84%) e giorni di lavoro e/o studio persi (-66%)<sup>4</sup>. L'efficacia della terapia è stata, inoltre, corroborata dal successo di trattamenti già realizzati nel resto d'Europa.

L'asma grave non adeguatamente gestita provoca un peso rilevante in termini di morbidità e mortalità. I pazienti affetti da asma grave presenta-

no una compromissione significativa della qualità della vita: sono spesso assenti da scuola o dal lavoro, hanno una produttività ridotta e sono a maggior rischio di ricovero.

L'impegno volto a ridurre la mortalità e la morbidità dovute all'asma deve essere incentrato sulla malattia grave scarsamente controllata, poiché l'80-85% dei decessi correlati all'asma si verifica in questo gruppo e vi è una forte associazione tra l'aumento della ricorrenza dei ricoveri ospedalieri e la gravità dell'asma. Anche la dose più alta dei farmaci standard non libera i

pazienti da attacchi frequenti e potenzialmente fatali ed esistono poche opzioni terapeutiche per controllare patologia ospedaliera e morte.

[www.qr-link.it/video/0812](http://www.qr-link.it/video/0812)



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

QR-Code

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

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

## Lunedì

Mi è arrivata questa e-mail: "Buon giorno, dottore. Sono G.S, ho frequentato da lei l'anno scorso per il corso di medicina di famiglia con l'Università di Udine. A breve usciranno i bandi per l'ammissione alle scuole di specialità. Ero intenzionato a fare Reumatologia a Udine, però da un po' di tempo a questa parte mi è venuto il dubbio se fare o meno il medico di medicina generale, paradossalmente frequentando in Reumatologia (dove non c'è tronco comune)... l'idea di focalizzarmi subito su terapia biologica di terza-quarta linea per una RA refrattaria e by-passare cose più semplici e frequenti che vede il medico di base mi lascia perplesso. Mi piace l'idea di vedere un po' di tutto... lei, oggi come oggi, mi consiglia ancora di fare medico di medicina generale? Con un buon bagaglio internistico con l'opportuna frequenza in ospedale?"

Non so cosa rispondergli, se consigliargli di seguire il cuore e prepararsi a soffrire, oppure seguire la ragione e prepararsi a curare malattie e non persone.

## Martedì

Mi ha chiamato a casa la figlia A.G., un paziente di 93 anni. Non ha niente di particolare, lamenta una banale infezione delle vie urinarie. "Di' al dottore che hai compiuto ieri 93 anni". "Sì, il mondo gira, la vita è una ruota, non sono più come una volta quando caricavo 70-80 ebrei sui carri bestiame per i crematori!". La figlia ha

finto di non sentire, io sono stato colpito allo stomaco. La demenza, la memoria remota, la verità... la maschera è caduta e la vergogna della nostra storia rimossa è ancora presente.

## Mercoledì

Ieri è venuta in studio una signora, accompagnata dal marito, chiedendomi di compilare un modulo per eseguire una risonanza magnetica. La signora era stata chiamata in ospedale dove le è stato detto che doveva eseguire un esame per completare gli accertamenti in seguito alla mammografia di screening. La signora ha provato a chiedere informazioni che non le sono state fornite. Anzi, a suo dire, un medico interpellato l'ha trattata in malo modo. La signora oggi chiede spiegazioni a me e ne ha il pieno diritto perché sono il suo medico curante e perché la lettera di invito allo screening mammografico portava in calce la mia firma. Io però non sono in grado di darle alcuna spiegazione perché non conosco i dati relativi alla mammografia e alla ecografia che mi riferisce di aver eseguito. Non ho compilato il modulo per la risonanza magnetica e ho inviato la paziente da chi l'aveva mandata da me (non so chi sia) con la richiesta scritta di fornirmi i risultati degli esami. Questa vicenda, peraltro frequente, è patognomica della situazione in cui esercitiamo e della considerazione in cui i pazienti e noi medici curanti siamo tenuti. Non si fornisce alcuna spiegazione ad una persona cui vengono chiesti approfondi-

menti circa un sospetto diagnostico di una malattia importante. Tutti sappiamo che impatto devastante ha il sospetto di avere un cancro. Non si fornisce alcuna spiegazione al medico curante della persona, ma gli si chiede di compilare moduli senza essere a conoscenza di alcunché trattandolo come "impiegato di sanità", in questo caso come impiegato dell'impiegata che ha inviato la paziente in studio. Il paziente entra in un processo in cui non può decidere niente, non gli è dato di conoscere chi ha eseguito gli esami, a chi sarà affidato e nemmeno chi, nel caso, dovrà intervenire sulla sua persona. Un processo predefinito in cui il "pacco paziente" passa di mano in mano in maniera automatica. Una disumanizzazione insopportabile, specie quando si tratta di sospetti diagnostici di questo tipo. I referti degli esami non vengono consegnati al paziente in modo che possa sentire il parere del suo medico curante né che possa avere un secondo parere. Una totale frammentazione della cura da cui il cosiddetto medico "curante" è completamente tagliato fuori. D'altra parte lo screening è di popolazione, cosa c'entrano le persone? E cosa c'entrano i medici di medicina generale? Noi dobbiamo fare impegnative, anche quelle richieste dalle infermiere domiciliari che quando hanno bisogno di un consiglio medico mica si rivolgono a noi ma chiamano i colleghi delle cure palliative che a loro volta, senza vedere i pazienti, attraverso l'infermiere, ci invitano a farne di nuove.

### Giovedì

Mi sono svegliato presto stamane, pensando a Gino. Ho aspettato prima di andare a casa sua, non volevo disturbare. Sono arrivato alle nove, era già morto e lo avevano già caricato in un furgone per portarlo all'obitorio. Ha aspettato che si alzasse la figlia e poi è spirato. Sono stato spesso a vederlo nei giorni scorsi, la situazione era drammatica, ormai cachettico, piagato e

con metastasi diffuse. Il suo cane, una femmina di pastore tedesco, ieri non mi ha accolto al cancello come al solito ma stava rannicchiata, immobile, sofferente, appoggiata al muro della casa. Mi guardava con uno sguardo profondo e mi faceva dei cenni con la testa. Sapeva tutto e sapeva che io sapevo.

### Venerdì

Leggo sull'insero del Sole24Ore che "In occasione della Giornata Mondiale dell'Ipertensione Arteriosa, con il supporto della Croce Rossa Italiana, saranno allestite in circa 70 capoluoghi di provincia postazioni mediche, per dare l'opportunità a tutti i cittadini di effettuare il controllo gratuito della pressione. La stessa possibilità, senza bisogno di alcuna prenotazione, sarà offerta dagli ambulatori, dai centri ospedalieri specializzati e dalle farmacie aderenti all'iniziativa (circa 3mila)". Ma lo fanno la Croce Rossa e i centri ospedalieri italiani che tutti i cittadini del nostro paese hanno questa opportunità, tutti i giorni, in tutte le località d'Italia (anche in quelle più sperdute) presso l'ambulatorio del loro medico di famiglia? Io penso che lo sappiano! Ma questo professionista, nel nostro paese, esercita una disciplina che si vuole invisibile.

### Sabato

Sulla prima pagina del Corriere del Veneto di sabato compare la pubblicità di un centro clinico polispecialistico della zona: "Mese del controllo della tiroide". Per la tiroide è disponibile un mese di offerta speciale, come per le camice o per i carciofi. Quando arrivo in ambulatorio vedo due referti radiologici, il primo, che arriva dal locale ospedale, riporta "al richiedente: medico generico esterno". il secondo proviene da una struttura privata e riporta "alla gentile attenzione del collega curante". E dire che dovrei fare parte della squadra che ha refertato il primo esame.

# Stenosi lombari: la sindrome di Verbiest

**Antonio Giovanni Roncallo**

Medico di medicina generale, Genova Valpolcevera

**Federica Roncallo**

Medico chirurgo, Genova Valpolcevera

Un uomo di 78 anni dal 2007 lamenta dolori alla schiena e ad entrambi gli arti inferiori, esacerbati dalla stazione eretta e dalla deambulazione e che sono diventati, col trascorrere del tempo, sempre più ingravescenti.

## ► Storia clinica

Il paziente ormai si spostava soltanto tra le mura di casa e, molto spesso, era costretto a stare seduto sul divano o su una sedia perchè solo in questo modo riusciva a non accusare dolore. Riferiva che avrebbe potuto tranquillamente usare, senza accusare il minimo fastidio, sia la cyclette sia l'automobile ma che il problema fondamentale sarebbe stato quello di riuscire a raggiungerla; faceva presente anche che il dolore compariva intensamente nella stazione eretta ma che se fletteva il busto in avanti il dolore scompariva.

## ► Indagini diagnostiche

Gli è stata prescritta una RNM che ha messo in evidenza, a livello L2/L3 e L3/L4, una discopatia degenerativa gassosa ed una protusione posteriore a larga base del disco

che improntava il sacco durale, che appariva stenosato in modo assoluto ad entrambi questi livelli.

Gli specialisti che lo avevano in cura non hanno ritenuto degno di nota il referto della RNM ed hanno preferito rivolgere la loro attenzione all'esito dell'elettromiografia degli arti inferiori, il cui referto era compatibile con una polineuropatia acquisita con iniziale demielizzazione. A nulla valsero le ripetute dichiarazioni del paziente che insisteva nell'affermare che lui si era sempre facilmente stancato ma da qualche anno a questa parte non

riusciva più a camminare per l'intenso dolore e non perché avesse meno forza rispetto ad un tempo.

## ► Terapia medica

Il paziente in tutti questi anni è stato trattato con immunoglobuline ed ha assunto ogni tipo di antidolorifici senza alcun risultato, se si esclude un fastidiosissimo prurito generalizzato come complicanza degli alti dosaggi degli analgesici.

## ► Visita in studio

All'esame obiettivo generale del paziente l'apparato respiratorio, l'apparato addominale e il fascio cardiovascolare apparivano indenni.

Per ciò che riguardava il sistema nervoso periferico i riflessi erano sostanzialmente nella norma e non erano evidenti deficit di forza; nella posizione seduta il paziente non accusava il minimo dolore mentre sia in ortostatismo sia soprattutto nella deambulazione compariva un intensissimo dolore che dalle natiche si propagava verso il basso. Tutto ciò obbligava il paziente a flettere in avanti il busto sul bacino perchè questo era l'unico modo per far scomparire del tutto il dolore.

Osservando attentamente la risonanza magnetica espressi alla collega tutti i miei dubbi sulla correttezza della diagnosi di polineuropatia: la mia attenzione si era

Figura 1

### RM lombosacrale



La risonanza magnetica lombare mostra la presenza di una stenosi spinale a livello L2/L3 e L3/L4

infatti soffermata sulla stenosi assoluta midollare che, a mio parere, era la sola responsabile di tutta la sintomatologia e che mi induceva a pensare, come prima ipotesi diagnostica, alla sindrome di Verbiest.

### ► Diagnosi

Consigliai alla collega di rivolgersi ad uno dei centri più prestigiosi per questo tipo di patologie, il centro di Chirurgia del rachide dell'università di Padova, dove confermarono la diagnosi di *pseudoclaudicatio spinalis*.

Un'ulteriore elettromiografia chiarì che la polineuropatia responsabile dell'affaticamento del paziente non era di origine acquisita, ma si trattava di una rara forma congenita clinicamente stabilizzata che non necessitava di alcun trattamento terapeutico.

### ► Terapia chirurgica

Il giorno 23 aprile 2012 il paziente venne sottoposto a terapia chirurgica decompressiva che gli permise, dopo un congruo periodo di convalescenza, di tornare alle sue normali occupazioni.

### ► Approfondimento

Henk Verbiest fu uno dei principali fondatori della moderna neurochirurgia, particolarmente significativo è stato il suo contributo alla conoscenza della sindrome della stenosi spinale lombare che ancora oggi porta il suo nome.

La stenosi spinale lombare è dovuta ad un restringimento del canale spinale con conseguente compressione dei nervi che lo attraversano. Normalmente, la causa è da ricercarsi nel processo naturale dell'in-

vecchiamento che è responsabile sia dell'indurimento dei tessuti molli sia dell'instabilità della colonna sia ancora nell'esagerata ossificazione responsabile della formazione degli osteofiti che pare abbiano, unendo tra loro con ponti ossei le vertebre contigue, un'azione di compenso limitante la spondilolistesi.

Tra le principali cause di stenosi spinale si annoverano l'osteoartrite, i postumi di traumi spinali con frattura vertebrale, o di flogosi o di interventi chirurgici della colonna, le ernie discali e le malattie sistemiche e tumorali dell'osso. I più colpiti sembrano essere gli uomini dalla sesta decade di vita in poi ed in modo particolare chi nell'attività lavorativa ha svolto lavori particolarmente usuranti (faccini, scaricatori di porto, nonché lottatori e sollevatori di pesi).

Fortunatamente spesso un restringimento del canale vertebrale non provoca problemi rilevanti, i sintomi iniziano a fare la loro comparsa quando il restringimento provoca una strozzatura del midollo e/o delle radici nervose. In molti casi la sintomatologia si limita ad astenia, parestesie, dolori crampiformi degli arti inferiori aggravati dalla deambulazione.

Altre volte compare quello che è considerato il sintomo patognomonico della sindrome di Verbiest, la *pseudoclaudicatio intermittens spinalis*: il paziente lamenta dolore alla stazione eretta e durante la deambulazione, per cui è costretto a fermarsi e a mettersi in una caratteristica posizione che ricorda quella di chi si appoggia piegandosi in avanti sul carrello della spesa al supermercato.

Questa flessione del tronco in avanti provoca un aumento della distanza delle vertebre tra loro

e ciò comporta una riduzione della pressione sui fasci nervosi che scorrono nel canale midollare. La diagnosi differenziale deve essere posta con la *claudicatio* vascolare ma, mentre in quest'ultima i sintomi aumentano nel camminare in salita fino a costringere il paziente ad arrestarsi, nella *claudicatio* spinale il paziente cammina più agevolmente in salita rispetto al piano o peggio ancora in discesa, proprio per quel sollievo che prova flettendo il busto in avanti caratteristico della marcia in salita.

Altro punto che le diversifica è il pedalare sulla cyclette: il paziente affetto dalla forma vascolare è obbligato ad interrompere la pedalata dopo un certo periodo di tempo, mentre nella forma spinale pedala tranquillamente come un individuo sano di pari età.

La conferma diagnostica della sindrome di Verbiest avviene tramite tomografia assiale computerizzata o meglio ancora con la risonanza magnetica nucleare.

La terapia della *claudicatio spinalis* è essenzialmente chirurgica, eventuali terapie farmacologiche hanno scarse probabilità di successo.

► Si ringrazia lo Studio Radiologico Manara di Genova Bolzaneto che ha gentilmente messo a disposizione le sue moderne attrezzature sia per la diagnosi che per la stesura di questo raro caso clinico.

► Un particolare ringraziamento va allo specialista neuroradiologo dr. Silvano Schiavoni che ancora una volta ha dimostrato con il suo accuratissimo referto, grande professionalità e competenza.

# Le infezioni polmonari nell'anziano

*I residenti delle strutture assistenziali sono malati e, spesso, malati di più patologie contemporaneamente. Nelle RA le infezioni respiratorie, e la polmonite in particolare, sono patologie relativamente frequenti, con un tasso da 6 a 10 volte più elevato rispetto a quello di individui non istituzionalizzati. Allettamento, condizioni generali di salute scadenti, malnutrizione, difficoltà alla deglutizione, nutrizione con sondino naso-gastrico possono favorire l'insorgenza di queste patologie. All'elevata morbilità si associa anche una letalità importante, che è calcolata essere la quarta causa di morte nei soggetti in età avanzata*

L'incidenza annuale negli anziani varia da 20-40/1.000 per le polmoniti acquisite nelle comunità a 100-250/1.000 per quelle acquisite nelle RA. Si stima quindi che circa il 2% degli anziani residenti in tali strutture sia affetto da polmonite. Il Progetto MARA - Miglioramento dell'Assistenza per Anziani - ha come obiettivo la definizione di percorsi omogenei per la gestione delle patologie di più frequente riscontro negli anziani nelle RA.

## ► Fattori di rischio ambientali

L'ambiente della RA gioca un ruolo importante nella tutela della salute degli ospiti ed è stato accertato che una cura non adeguata degli ambienti rappresenta un importante fattore di rischio verso agenti infettivi. Ogni RA dovrebbe perseguire una politica di controllo delle infezioni, garantendo la continua pulizia degli ambienti. Al fine di ottemperare tali obiettivi è fortemente consigliato che ogni struttura residenziale si doti di linee guida e protocolli che esplicitino le operazioni di sanificazione ambientale e degli arredi, con relative modalità e periodicità. Il periodico controllo del livello di salubrità ambientale attraverso la compilazione di check-list apposite non possono che rafforzare e completare la serietà dell'obiettivo.

## ► Fattori di rischio individuali

Le RA rappresentano un setting unico fra quelli extra-ospedalieri in quanto particolarmente densi di soggetti predisposti a contrarre e diffondere

malattie infettive respiratorie e a selezionare ceppi resistenti agli antibiotici. Bisogna, infatti, ricordare che il paziente che vive in RA è affetto da grave comorbilità, è sostanzialmente dipendente in tutte o quasi tutte le attività basali della vita quotidiana ed è un grande consumatore di farmaci, che aumentano il rischio di infezioni respiratorie. Inoltre, è noto che con l'età, il sistema respiratorio si modifica, divenendo meno efficiente e maggiormente soggetto al rischio di infezioni. Sono inoltre frequenti, sempre a causa dell'età, alterazioni della deglutizione e del riflesso della tosse. L'equipe, dunque, non potrà non prestare particolare attenzione alle cure ordinarie del cavo orale e dei manufatti protesici fissi e mobili, alle variazioni della postura del soggetto, alla consistenza dei cibi, all'uso di prodotti addensanti. L'impatto potenziale di un miglioramento dell'igiene orale ha costituito l'oggetto di uno studio condotto in Giappone su 417 soggetti (Shay, 2002). I risultati dello studio hanno mostrato che un approccio "intensivo" di igiene orale si associa a significative riduzioni del rischio di sviluppo di febbre (15% vs 29%, nel gruppo di trattamento rispetto al gruppo di controllo), polmonite (11% vs 19%) e morte (7% vs 16%). Anche se l'assistenza settimanale da parte di un'igienista dentale può essere talora difficile da organizzare in tutte le RA, i dati supportano l'enorme potenziale impatto di una corretta igiene orale fra i pazienti ricoverati in queste strutture e dovrebbe, pertanto, essere preso in seria considerazione (Loesche et al., 1997).



## ► Diagnosi e terapia

La diagnosi delle infezioni polmonari nelle RA non è sempre facile, dal momento che i sintomi e i segni nel soggetto anziano compaiono spesso in modo subdolo ed atipico. Può essere tuttavia utile classificarli in:

**1) sintomi e segni respiratori:** tosse, escreato, dispnea, tachipnea, accentuazione del fremito vocale tattile (FVT), ottusità alla percussione, ipofonesi, riduzione del murmure vescicolare, rantoli, crepitii; è importante rilevare l'aumento della frequenza respiratoria rispetto ai valori basali, purtroppo raramente registrati in cartella;

**2) sintomi e segni generali:** febbre, brividi, astenia, cefalea, mialgie, dolori diffusi, stato confusio-

nale acuto o delirium, inappetenza, vomito, diarrea, scadimento delle condizioni generali, peggioramento repentino delle performances motorie; la febbre può mancare nei pazienti malnutriti, nell'insufficienza renale, nei soggetti utilizzatori di steroidi o FANS e nel corso di polmoniti complicate da sepsi.

Una particolare specificità per le RA è rappresentata dal fatto che la maggior parte degli anziani ricoverati, non è in grado di segnalare i sintomi e segni delle proprie malattie. Da ciò ne deriva che la capacità di osservazione del gruppo multidisciplinare è cruciale nel percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni polmonari.

Di fronte al sospetto di infezione acuta delle vie respiratorie raramente il medico in RA è chiamato

ad individuare l'agente eziologico, mentre diventa essenziale procedere il più rapidamente possibile alla prescrizione della terapia antibiotica empirica. Spesso non viene considerata, specie nei giorni prefestivi e festivi, la difficoltà a reperire i farmaci. L'equipe medica di RA dovrebbe invece definire preventivamente i protocolli di trattamento farmacologica per le infezioni delle vie respiratorie ed assicurarsi che i farmaci selezionati siano inseriti nel prontuario e disponibili presso l'armadio farmaceutico.

Numerosi studi suggeriscono che la terapia di combinazione è più efficace (in termini di sopravvivenza) della monoterapia, in particolare se i pazienti sono gravemente malati (*Kyle 2009, ATS 2001, El-Solh 2010*).

# Confermati i benefici della terapia trombolitica nell'ictus

L'ictus ischemico colpisce ogni anno in Italia da 150.000 a 200.000 persone. La prognosi è migliorata, ma tuttora un terzo dei pazienti non sopravvive per più di 6 mesi e un terzo rimane gravemente disabile. Lo studio IST 3 conferma l'efficacia di una trombolisi precoce, indipendentemente dall'età del paziente

**Stefano Ricci**

*Direttore, UO Neurologia, ASL 1 dell'Umbria - Coordinatore Nazionale per l'Italia dell'IST 3*

**F**ino ad oggi, la terapia con il farmaco r-tPA - che ha la capacità di sciogliere i coaguli di sangue presenti nelle arterie cerebrali al momento dell'ictus, e quindi di diminuire o evitare il danno neurologico conseguente all'ischemia, determinando un significativo miglioramento clinico del paziente - poteva essere somministrato, molto precocemente (entro 3 ore recentemente portate a 4.5 in alcuni casi) solo a pazienti di età inferiore a 80 anni. Il limite di età, insieme ad altre limitazioni di indicazione e al timore di effetti collaterali anche gravi, come l'emorragia cerebrale, ha reso la terapia di difficile applicazione, tanto che si calcola che meno del 2% dei pazienti la abbia ricevuta negli ultimi anni.

Lo studio IST 3 è nato appunto per contribuire a superare questi limiti, e aumentare così la diffusione del trattamento ([www.ist3.com](http://www.ist3.com)). Si tratta di uno studio no-profit, organizzato dal Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Edimburgo, e finanziato con fondi pubblici nazionali ed internazionali. L'ipotesi primaria dello studio era che il farmaco trombolitico aumentasse la percentuale dei

pazienti con ictus che sopravvivono senza sostanziale handicap residuo, ad ogni età e trattati entro 6 ore. Lo studio IST 3 è stato effettuato in 12 Paesi dal 2000 al 2012, ed ha incluso 3035 pazienti, che, mediante la classica procedura di randomizzazione, sono stati trattati con il farmaco r-tPA o con il trattamento standard. In Italia hanno partecipato allo studio 21 centri, per un totale di 326 pazienti. I risultati dimostrano che il trattamento è sufficientemente sicuro anche nei pazienti più anziani, non osservandosi un aumento della mortalità a 6 mesi: infatti, ad un incremento del rischio precoce di morte si accompagna una sostanziale riduzione dello stesso dopo 7 giorni. Il rischio di emorragia rimane presente, ma non è diverso se il trattamento è iniziato dopo 3 ore, come invece si temeva. Nel complesso, è dimostrato un beneficio del trattamento in termini di aumento del numero di coloro che sopravvivono liberi da dipendenza fra i trattati (che si può esprimere come una probabilità di guarire, o migliorare) superiore del 27% rispetto ai pazienti che non ricevono il trattamento.

La terapia è tanto più efficace quanto più precocemente viene somministrata (per esempio, ogni 1000 pazienti trattati entro 3 ore 80 sopravvivono liberi da handicap), ed è almeno altrettanto efficace nei pazienti di età superiore ad 80 anni.

In conclusione, tenendo anche conto dei dati della revisione sistematica di tutti gli studi sul r-tPA, aggiornata con i dati dell'IST 3, non vi è più ragione di negare ai pazienti un trattamento potenzialmente molto vantaggioso, sulla base dell'età o di altri parametri quali la gravità del deficit neurologico o la comorbidità. È essenziale che si faccia ogni sforzo, culturale ed organizzativo, per far sì che tutti i pazienti eleggibili siano trattati il più precocemente possibile.

[www.qr-link.it/video/0812](http://www.qr-link.it/video/0812)



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



## Novità sul fronte della donazione di organi

*Con un nuovo progetto "Donazione come tratto identitario" sarà possibile indicare la propria volontà a diventare donatori d'organo in occasione del rilascio o rinnovo della carta d'identità.*

*La sperimentazione è partita in Umbria e dovrebbe allargarsi prima alla Lombardia e quindi a tutto il territorio nazionale*

**Francesca Boldreghini**  
Consigliere AIDO Gruppo Speciale  
Milano

Ogni anno circa 9.000 persone sono in attesa di un organo. Di queste, circa 500 muoiono, a causa della carenza di organi donati, che porta a tempi di attesa troppo lunghi, 2 o 3 anni a seconda dell'organo da trapiantare. Purtroppo il principio del silenzio assenso, previsto dalla Legge 91/1999, che, com'è ovvio, superando l'attuale meccanismo della non opposizione di coniuge e parenti nel tragico momento del lutto, avrebbe portato ad un sensibile aumento delle donazioni, non è mai stato attuato.

Una nuova importante prospettiva sul fronte dei trapianti è, però, aperta dal progetto "Donazione come tratto identitario", che chiamerà tutti i cittadini a scegliere se diventare o meno donatori in occasione del rilascio o rinnovo della carta d'identità. La sperimentazione è già partita nella Regione Umbria e dovrebbe proseguire con la Regione Lombardia, fino a coprire, si spera, tutto il territorio nazionale.

In poche parole, la procedura prevista è la seguente:

- ▶ L'Ufficiale d'anagrafe, al momento del rilascio/rinnovo della carta d'identità, informa il cittadino maggiorenne della possibilità che la propria volontà a donare gli organi sia inserita tra i dati identitari conservati all'anagrafe del Comune;
- ▶ qualora il cittadino sia favorevole ad esprimere la propria volontà, l'ufficiale d'anagrafe gli fornisce il modulo di dichiarazione di volontà alla donazione di organi, avendo cura che venga compilato integralmente e firmato;
- ▶ questa sarà l'unica documentazione attestante la dichiarazione di volontà, nulla sarà evidenziato sulla car-

ta d'identità. Una copia sarà rilasciata al cittadino e un'altra copia rimarrà al Comune. La dichiarazione può essere modificata in qualsiasi momento presso la ASL di appartenenza;

▶ l'Ufficiale d'anagrafe inserirà l'informazione in una procedura informatizzata e il dato sarà inserito contestualmente nel SIT (Sistema informativo trapianti).

Compito anche dei medici di famiglia, affinché la sperimentazione possa avere successo, di informare i propri pazienti di questa importante novità sul fronte della donazione di organi.

Il pensiero di chi scrive, come figlia di un trapiantato di fegato al Policlinico di Milano l'8 maggio 2009, va a tutti i malati in attesa di trapianto, costretti quotidianamente ad un'estenuante lotta tra la paura e la speranza. Paura dapprima del trapianto, e poi, soprattutto, con l'inevitabile evolvere della malattia, di non arrivare al trapianto stesso, che diviene, così, la speranza, l'unica, di vita.

Un'ultima notazione, per ricordare che, a parte l'atteso progetto di cui sopra, allo stato attuale ogni cittadino può manifestare la volontà a donare i propri organi nei seguenti modi:

- ▶ compilando e firmando un modulo da richiedere alle ASL e alle Aziende Ospedaliere;
- ▶ sottoscrivendo un modulo dell'AIDO (Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule) ([www.aido.it](http://www.aido.it));
- ▶ compilando e firmando la Tessera regionale del donatore o le Tessere di Associazioni di Donatori e Malati;
- ▶ con una dichiarazione in carta libera, completa di tutti i dati anagrafici, datata e firmata.



## Dalla frutta, antiossidanti ad ampio spettro

*Numerosi studi su popolazioni, studi clinici e ricerca di base forniscono dati sempre più convincenti in favore del ruolo degli antiossidanti nella prevenzione e nella terapia di alcune condizioni morbose*

**Angela Walmar**

**S**i tratta di un settore nel quale la ricerca sta facendo passi da gigante, in particolare per quanto concerne le proprietà degli antiossidanti di origine vegetale nel contrastare gli effetti negativi dei radicali liberi, e segnatamente i processi di ossidazione delle cellule, rallentandone l'alterazione e l'invecchiamento. Sull'argomento sono in corso una serie di sperimentazioni, che il Consorzio Interuniversitario Internazionale sta portando avanti con il concorso di varie università italiane. Particolarmente promettenti sono gli studi sul mangostano (*Garcinia mangostana L.*), un frutto tropicale prodotto in Thailandia ed in altri paesi asiatici: sono in corso studi relativo dell'uso della molecola estratta dal pericarpo del frutto (xantone), e che risulta particolarmente efficace contro le infiammazioni e i dolori articolari. Ad oggi il mangostano risulta

essere il più potente antiossidante prodotto in natura e viene studiato anche in Giappone, Stati Uniti ed Australia e Thailandia (primo produttore al mondo di mangostano).

La ricerca vuole i suoi tempi ma in questo caso gli scienziati italiani stanno facendo un buon lavoro, anche per quanto riguarda un ben più vasto raggio di impiego del mangostano, a cominciare dalle terapie contro il diabete e contro i postumi delle cure radiologiche, confermando quanto già messo in evidenza da altri gruppi di ricercatori (*Shan T et al. Curr Mol Med 2011; 11: 666; Udani JK et al, Nutrition J 2009; 8: 48*).

Le potenziali attività chemiopreventive e chemioterapiche degli xantoni sono state dimostrate in differenti stadi della carcinogenesi (iniziazione, promozione, progressione) e sono noti per la capacità di controllare divisione e crescita cellulare cellulare, apoptosi e metastasi.

Attenzione, invece, a chi offre soluzioni miracolistiche, bevande, compresse e pasticche che non hanno alle spalle una chiara filiera medico-sanitaria. Soprattutto in internet circola di tutto ma con alte dosi di rischio per la salute. E qui entriamo nel settore delle bevande per gli sportivi e dei cosiddetti "energy drinks". Ce ne sono molti in commercio, ma non tutti naturali al 100 % come il mangostano.

Per garantire i consumatori il Ciiso – un organismo universitario "no profit" di ricerca scientifica – ha studiato un "bollino di qualità" che verrà rilasciato solo a quei prodotti che rispetteranno determinate caratteristiche: naturalità e proprietà antiossidanti.



## Presentata la VI edizione della Diabetes Junior Cup

► Il torneo di calcio annuale per giovani ragazzi e ragazze con diabete di tipo 1 è un progetto sostenuto da Medtronic, con la partecipazione di Bayer Health Care, Lilly Diabete, Diabete Italia e Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP). L'iniziativa vuole sottolineare la centralità del ruolo dello sport e della condivisione di esperienze nel diabete in età giovanile, per poter migliorare l'approccio alla terapia e alla gestione quotidiana di una patologia che le stime segnalano in preoccupante aumento. I giovani con diabete, infatti, aderendo alla giusta terapia e con un approccio educativo adeguato, possono svolgere le stesse attività dei coetanei non diabetici.

## Progressi nella terapia del carcinoma tiroideo

► La Commissione Europea ha concesso l'autorizzazione alla commercializzazione di vandetanib, un inibitore della tirosin-chinasi, per il trattamento del carcinoma midollare della tiroide localmente avanzato o metastatico, non asportabile chirurgicamente, nei pazienti con tumore aggressivo e sintomatico. Si tratta del primo trattamento approvato in Europa per questa tipologia di tumore e la decisione della Commissione Europea è valida per tutti i 27 Stati Membri dell'Unione Europea. Il farmaco riduce la crescita e la sopravvivenza tumorale con due meccanismi: l'inibizione del fattore di crescita

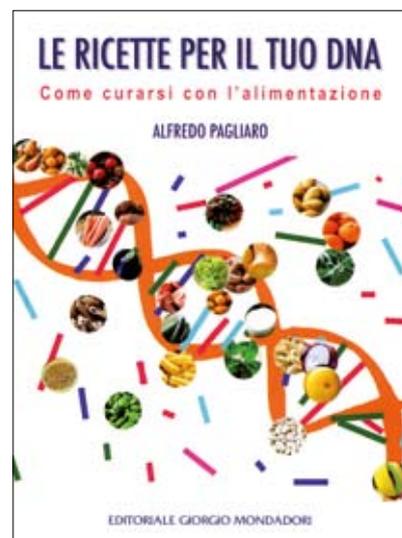
vascolare endoteliale (VEGF), e blocco dei recettori del fattore di crescita epidermico (EGFR) e RET. Il carcinoma tiroideo colpisce circa 48.000 persone ogni anno in Europa, con un tasso di mortalità stimato di 6.300 unità.

## Focus sulla prevenzione della fibrillazione atriale

► È stata presentata la "Carta Globale del Paziente con Fibrillazione Atriale" realizzata a livello internazionale da oltre 40 tra Società Scientifiche e Associazioni di pazienti. Il documento contiene le principali raccomandazioni che Istituzioni, Aziende Sanitarie, Enti Regolatori e Governi Nazionali dovrebbero attuare per salvare vite umane, migliorare la vita dei pazienti, ridurre l'impatto della malattia e gli enormi oneri ad essa collegati. Prevede la creazione di Registri Nazionali degli Ictus per registrare incidenza, prevalenza ed esiti delle persone con ictus correlato alla fibrillazione atriale, nonché la promozione di campagne di informazione per aumentare la consapevolezza dei cittadini sulla patologia e sui suoi rischi. Questi alcuni dei punti che la carta considera: garantire una migliore diagnosi e trattamento della fibrillazione atriale; migliorare le conoscenze per garantire ai pazienti un trattamento appropriato; creare Registri Nazionali degli Ictus per registrare incidenza, prevalenza e gli esiti degli ictus correlati alla fibrillazione atriale; promuovere campagne di informazione per aumentare la consapevolezza dei cittadini sulla patologia e sui suoi rischi.

## La scienza tra i fornelli per prevenzione e salute

► Fa che il cibo sia la tua medicina e che la medicina sia il tuo cibo. Questo consiglio di Ippocrate è stato raccolto e ben sviluppato nel libro "Le ricette per il tuo DNA. Come curarsi con l'alimentazione" scritto da Alfredo Pagliaro, medico chirurgo nutrizionista che da trent'anni si occupa di alimentazione. Sul filo dell'attenzione che la Nutrigenomica pone all'utilizzo degli alimenti, i protagonisti di questo ricettario sono le sostanze-ingredienti che compongono ogni pietanza. In tutto vi sono 15 primi e altrettanti secondi, ottimi da gustare e facili da preparare, con il rigore però con cui si struttura un "farmaco" perchè ogni componente è scelto in relazione alle sue caratteristiche chimiche e agli effetti benefici che può innescare nell'organismo che lo metabolizza.



### Le ricette per il tuo DNA. Come curarsi con l'alimentazione

Alfredo Pagliaro  
Editoriale Giorgio Mondadori;  
112 pag., euro 20,00