

M.D.

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

Anno XIX, numero 13 - 5 novembre 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

IL CASO 11

**La vicenda dei medici
"licenziati" per limiti d'età
dalla Asl Napoli 2 Nord**

RIFLETTORI 12

**Decreto sanità
e responsabilità medica**

DIAGNOSTICA 28

**Il test HIV tra difficoltà
di prescrizione e nuove
strategie di offerta**



Guido Marinoni

Comitato Centrale FNOMCeO

**Prescrizione dei farmaci per principio attivo: i temi
in discussione al Tavolo tecnico del ministero della Salute**

ATTUALITÀ

■ Editoriale	Diritto alla cura e diritto a curare: sempre più una chimera	7
■ Intervista	Prescrizioni per principio attivo: i temi in discussione al Tavolo tecnico	8
■ Osservatorio	Anziani, patologie croniche e il Welfare che non c'è	10
■ Il caso	La vicenda dei medici "licenziati" per limiti d'età dalla Asl Napoli 2 Nord	11
■ Riflettori	Decreto sanità e responsabilità medica	12
■ Appunti	Aggregazioni territoriali, assistenza h. 24 e incubi notturni	14

AGGIORNAMENTI

■ Algologia	Articolazione temporo-mandibolare e patie disfunzionali	18
■ Contracezione	Barriera naturale e definitiva contro le gravidanze	19
■ Diabetologia	Compenso glicemico anche per anziano e nefropatico	20
■ Gastroenterologia	Colite ulcerosa: sintomi fisici e sofferenza emotiva	21
■ Ginecologia	Tattamento con laser dell'atrofia vaginale	22
■ Oncologia	Carcinoma renale metastatico: una diagnosi spesso casuale	23
■ Pneumologia	Inquinamento e allergopatie, un sodalizio pericoloso	24

CLINICA E TERAPIA

■ Diario ambulatoriale	La settimana di un medico di famiglia	26
■ Diagnostica	Il test HIV tra difficoltà di prescrizione e nuove strategie di offerta	28
■ Pratica medica	Crisi di asma allergico grave in corso di temporali	30
■ Focus on	La mappa dell'oncologia italiana tra progressi e nuovi problemi	35
■ Monitor	36

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 IFEDC
Association of Publishers of Health Sciences of Lombardia

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

Diritto alla cura e diritto a curare: sempre più una chimera

Il mese che ci siamo lasciati alle spalle è stato segnato da eventi e passaggi legislativi importanti per il nostro Servizio sanitario nazionale. Ventimila camici bianchi e operatori del Ssn hanno sfilato per le vie della capitale manifestando il disagio trasversale di quanti, tra infinite difficoltà, cercano con il loro lavoro di far funzionare un servizio sanitario pubblico completamente alla deriva.

Diritto alla cura e diritto a curare è stato lo slogan che ha caratterizzato una protesta che però è passata un po' in sordina nei media nazionali. L'erosione del Ssn è avvenuta lentamente e ora si è ad un punto di non ritorno che purtroppo solo gli addetti ai lavori riescono a percepire. Sono continue le "mortificazioni" professionali che mettono tutti i giorni a dura prova i valori etico professionali che caratterizzano l'esercizio della professione.

Tirando le somme, dal 2010 al 2015 il comparto sanitario subirà tagli pari a 26 miliardi e nel frattempo la sanità integrativa cresce: sono 11 milioni gli assistiti extra Ssn. Non deve quindi destare sorpresa se le riforme tante sbandierate dovranno essere realizzate a costo zero. Così, secondo quanto declinato dal Decreto Balduzzi, approvato in via definitiva con la fiducia al Senato, ruolo unico, formazione del Mmg e utilizzo del personale dipendente nelle strutture territoriali, che dovrebbero dar vita all'h. 24, devono avvenire senza costi aggiuntivi per la finanza pubblica. E sempre in nome di una quadratura dei conti, assistiamo a progetti che rasentano il paradosso, Che dire, per esempio, dell'iniziativa della Liguria di far scattare i controlli a domicilio dei pazienti per controllare se le medicine prescritte dai Mmg sono utilizzate. Un controllo porta a porta per verificare se i farmaci vengono davvero acquistati e poi consumati. Si è cominciato da Genova perché, secondo la Regione, nel capoluogo ligure e Provincia si registra la spesa farmaceutica più alta e ci sono almeno una trentina di Mmg segnalati come "grandi prescrittori" che superano il budget mensile indicato dalla Asl.

Prescrizioni per principio attivo: i temi in discussione al Tavolo tecnico



Un testo unico, armonico e condiviso che regolamenti i provvedimenti normativi che si sono susseguiti in questi anni sulla prescrizione dei farmaci; un elenco chiuso di motivazioni di non sostituibilità: sono questi alcuni dei temi salienti in discussione al Tavolo tecnico istituito presso il ministero della Salute. *M.D.* ne ha parlato con **Guido Marinoni**, componente del Comitato Centrale FNOMCeO e tra i rappresentanti della Federazione al Tavolo ministeriale

► **Anna Sgritto**

Medico di famiglia, tesoriere dell'Ordine dei Medici di Bergamo, componente del Comitato Centrale della FNOMCeO e rappresentante della Federazione ai tavoli ministeriali per la Formazione specifica in medicina generale e sulla prescrizione di farmaci per principio attivo, **Guido Marinoni**, prima di entrare nel vivo dell'intervista, tiene a specificare che sul fronte farmaco è impegnato un gruppo di lavoro composto da diversi presidenti di Ordine e che al Tavolo ministeriale ci sono altri suoi colleghi tra cui **Gianluigi Spata**, presidente OMCeO di Como e **Francesco Alberti**, presidente OMCeO di Imperia. La sottolineatura non ha il sapore di un atto formale, ma di chi crede che il lavoro di gruppo sia un valore aggiunto. Ed infatti Marinoni è stato un antesignano della medicina di gruppo che ha iniziato a sperimen-

tare già nei primi anni Novanta. "Da quando ho iniziato ad esercitare la professione di medico di famiglia, il mio sogno era di poter realizzare una medicina di gruppo perché consideravo una cosa strana, rispetto all'evolversi dell'esercizio professionale e della domanda di salute, vedere i Mmg lavorare da soli. Quando si è presentata l'opportunità, insieme a sei colleghi nel 1991 abbiamo organizzato una delle prime medicine di gruppo. Sto parlando di un periodo in cui questo tipo di organizzazione era più che sperimentale, allora gli incentivi non erano ancora previsti. Ma credevamo molto in quel progetto e ci abbiamo dedicato lavoro e risorse. In seguito mi sono impegnato nell'attività sindacale e ordinistica proprio per poter incidere in prima persona su di un cambiamento che ho sempre ritenuto necessario nell'erogazione e strutturazione delle cure primarie".

► **Una predisposizione all'innovazione che sembra caratterizzare i medici di Bergamo e Provincia, vista la numerosa partecipazione ai Creg, il nuovo modello sperimentale di controllo delle cronicità made in Lombardia...**

"Bergamo ha aderito alla sperimentazione regionale con una cooperativa che ha oltre 200 medici iscritti, una delle più grandi coop d'Italia. Sono da ascrivere a questo risultato una serie di situazioni facilitanti, non ultima un'iniziativa dell'OMCeO che ha rivisto sotto il profilo deontologico sia il patto di cura tra medico e paziente sia il contratto tra medico e coop di cui il medico è socio. L'Ordine è deputato a verificare che nel contratto di operatività venga rispettata l'autonomia del medico, che non vi siano condizionamenti e un uso delle risorse strumentali. Definire queste

problematiche ha dato sicurezza a chi desiderava intraprendere una strada di grande innovazione. Stiamo assistendo ad un cambiamento epocale della nostra professione che dobbiamo cercare di governare. Non possiamo permetterci di scivolare nella deriva del *burnout* perché siamo deputati a preparare un futuro importante alla medicina di famiglia che è chiamata a garantire la sostenibilità del welfare, non solo a livello nazionale, ma europeo. In Europa infatti sono in crisi tutti i modelli su cui si sono sino ad oggi retti i sistemi sanitari, dal modello Bismarck al modello Beveridge”.

► **Un cambiamento epocale che ha radicalmente modificato anche il rapporto dei Mmg con l'industria farmaceutica?**

“Non è una nostra decisione, ma è una conseguenza di scelte della politica e dell'economia. Noi però di questo rapporto non possiamo fare a meno e professionalmente parlando, siamo chiamati a difendere il nostro ruolo e la nostra autonomia professionale, salvaguardando l'interesse dei cittadini/pazienti”.

► **Rispetto all'introduzione dei farmaci generici e delle novità prescrittive, introdotte dalla *spending review*, i Mmg sono stati accusati di essere animati da pregiudizi e di ostacolare percorso e sviluppo...**

“C'è chi ha descritto così la questione, ma io non conosco un'organizzazione della medicina di famiglia che non abbia sostenuto che l'utilizzo del farmaco a brevetto scaduto non sia uno strumento fondamentale proprio per consentire l'immissione

sul mercato dei farmaci innovativi sui quali sarebbe opportuno fosse investito anche il Mmg. Il Tavolo tecnico istituito presso il ministero della Salute è stato fortemente voluto dall'Ordine dei Medici proprio per potere applicare una normativa rendendola compatibile con la professione. Stiamo lavorando fattivamente per questa finalità. Il farmaco e il suo iter prescrittivo sono stati sottoposti a svariati interventi legislativi e quindi non è un caso che la Federazione abbia evidenziato la necessità di redigere una sorta di testo unico, non inteso come provvedimento legislativo, ma come una sintesi che renda coerente tutte le norme di una complessa materia. Altro problema è quello della *non sostituibilità*. Se il medico deve motivare la *non sostituibilità* dovrebbe poter disporre di un elenco chiuso di motivazioni e a ciascuna motivazione sintetica dovrebbe corrispondere un razionale abbastanza simile, per interderci, alle note Aifa. Anche il professionista più bravo nell'attività di ambulatorio può trovarsi in difficoltà a sintetizzare una motivazione e questa, giusta o sbagliata che sia, senza codifiche può dare adito a contestazioni infinite. Per questo motivo abbiamo inoltrato all'Aifa una serie di proposte, in forma di appunti, che prendono in considerazione eventuali intolleranze agli eccipienti, o particolari condizioni del paziente, come quella della concomitante presenza di più patologie, fino alla palatabilità, che riveste particolare importanza in ambito pediatrico. Altra questione aperta è quella relativa ai farmaci a ristretto indice terapeutico. Il generico a ristretto indice terapeutico è una risorsa importante per garantire la sostenibilità del nostro servizio farmaceutico, mi riferisco ai farmaci antirigetto, agli antiepilettici e per alcuni casi agli

antiaritmici. In questo caso non è la *non sostituibilità* il problema, ma si pone quando vi è una differenza di prezzo importante tra l'*originator* e il generico, di cui si deve fare carico il paziente. Una criticità che abbiamo evidenziato e che ci sembra meritevole di essere risolta. C'è poi il fronte della ricetta online e delle relative codifiche. Tanto è vero che la prima proposta avanzata da Sogei (Società di *Information and Communication Technology* del Ministero dell'Economia e delle Finanze) non è risultata adeguata. Così nel merito abbiamo dato qualche indicazione e altre sono emerse dal Tavolo. Bisogna poi considerare che i codici degli equivalenti non vanno a coprire tutte le forme farmaceutiche, per esempio non sempre distinguono le compresse dalle capsule. Si tratta di un problema apparentemente banale, ma che comporta un rifacimento *in toto* delle codifiche, diversamente non si potrà realizzare una prescrizione 'appropriata' per principio attivo. L'attuale modello elettronico infatti ci obbliga a partire dai codici AIC. Inoltre, per garantire una prescrizione di qualità, auspichiamo anche alla realizzazione dell'*Orange Book*, aggiornabile online, che metta a disposizione tutte le informazioni sui farmaci equivalenti, tra cui i parametri di biodisponibilità, bio-equivalenza, equivalenza terapeutica e nome della ditta produttrice”.

www.qr-link.it/video/1312



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

Anziani, patologie croniche e il Welfare che non c'è

Il peso dell'assistenza agli anziani affetti da patologie croniche ricade sempre di più sulle famiglie: l'accesso ai servizi pubblici risulta difficile e in alcune realtà territoriali impossibile. Queste sono alcune delle criticità emerse dall'XI Rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva

Un Welfare sempre più inadeguato a rispondere ai bisogni di una popolazione anziana e affetta da patologie croniche e che si fa vicariare dalle famiglie, scaricando completamente su di loro l'onere economico e assistenziale. È questa in sintesi la realtà fotografata dall'XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità: "Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare", presentato di recente a Roma dal CnAMC (Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici) di Cittadinanzattiva.

Il Rapporto nasce da dati acquisiti da 28 delle 86 associazioni nazionali, rappresentative di oltre 100 mila cittadini affetti da patologie croniche. Ad occuparsi della cura ed assistenza all'anziano malato cronico è, in più

della metà dei casi (56%), un solo nucleo familiare. Ciascuna famiglia dedica mediamente all'assistenza del familiare anziano oltre 5 ore al giorno. Tale situazione, in circa il 93% dei casi, non permette ai componenti delle famiglie di conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di assistenza, al punto che oltre la metà (53.6%) segnala licenziamenti e mancati rinnovi o interruzioni del rapporto di lavoro. A tutto ciò va aggiunta la difficoltà crescente di fronteggiare i costi legati alla cura dell'anziano malato cronico. Le famiglie mediamente spendono in un anno circa 8.500 euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona (badante), 3.700 euro per lo svolgimento di visite, esami o attività riabilitativa a domicilio. Quasi 14 mila euro, in media, è il costo per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali. Se il paziente anziano è dimesso dall'ospedale, in un terzo dei casi è la famiglia ad occuparsi di tutto, senza aver ricevuto alcun orientamento. Per il 52% delle Associazioni, il medico di famiglia fornisce solo le indicazioni degli uffici a cui rivolgersi, ma poi devono provvedere i familiari; solo per il 15% di esse, il Mmg fa tutto il necessario dopo le dimissioni. Nel 76% dei casi, contestualmente alle dimissioni ospedaliere, non è attivata l'assistenza domiciliare. In due casi su tre, il Mmg non interagisce con Asl e Comuni per l'attivazione dei servizi socio-sanitari e per il 70% delle Associazioni non si integra con lo specialista.

Le proposte del CnAMC

- ▶ Stop a ulteriori tagli alle risorse per l'assistenza sanitaria e sociale;
- ▶ definire e approvare i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (Liveas);
- ▶ rifinanziare i Fondi nazionali a carattere sociale, con particolare riguardo al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali;
- ▶ riorganizzare, potenziare e avviare un'attività di valutazione dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare si auspica per i Mmg la diffusione della medicina associativa e la completa informatizzazione. Per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché per la riabilitazione, si auspicano livelli uniformi di offerta assistenziale su tutto il territorio nazionale;
- ▶ eliminare i PTO regionali vincolanti, al fine di garantire uniformemente i Lea definiti dall'Aifa in ambito farmaceutico;
- ▶ aggiornare l'elenco ministeriale delle patologie croniche e invalidanti, quello delle patologie rare, nonché il nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili.

La vicenda dei medici “licenziati” per limiti d’età dalla Asl Napoli 2 Nord

Il Tribunale del Lavoro ha dato ragione ai medici che avevano impugnato la delibera della Asl Napoli 2 Nord con cui si predisponava il pensionamento coatto di 19 specialisti ambulatoriali e 14 medici di famiglia che avevano raggiunto il 67esimo anno d’età

I direttori generali non possono “licenziare” i medici di medicina generale e i pediatri in convenzione con le Asl prima che questi abbiano raggiunto il limite di età pensionabile dei 70 anni. È quanto ha stabilito di recente il Tribunale del Lavoro di Napoli, disponendo l’immediato “reintegro” di un Mmg e di uno specialista ambulatoriale ultra sessantacinquenni a cui era stato notificato un provvedimento firmato dal direttore generale della Asl Napoli 2 Nord, **Giuseppe Ferraro**, che ne disponeva il licenziamento per motivi anagrafici, in applicazione alla *spending review*. Secondo i sindacati di categoria, con questa sentenza si chiude una vicenda paradossale e si cancella un pericoloso precedente secondo cui i rapporti convenzionali con i medici over 65 potevano essere recessi.

► I fatti

In piena estate, applicando quanto stabilito dalla *spending review*, per il contenimento della spesa pubblica sanitaria, il direttore generale della Asl Napoli 2 Nord aveva firmato una delibera che dava l’incarico ai direttori di distretto di procedere alle revoche delle convenzioni con i Mmg e i pediatri di libera scelta e gli



specialisti ambulatoriali che avevano più di 65enni per sopraggiunti limiti di età. I primi licenziamenti erano diventati effettivi a settembre. A nulla era valso l’appello di dei sindacati di categoria che, oltre a evidenziare “l’illegittimità” della delibera, ne sottolineavano le conseguenze in termini di *vacatio* assistenziale per migliaia di cittadini.

“Il provvedimento comporta un’interruzione di pubblico servizio per migliaia di pazienti che non sono stati avvertiti - precisava **Silvestro Scotti**, vicesegretario nazionale Fimmg - e che, di fatto, si sono trovati privi di assistenza. In questi casi c’è sempre la necessità di un preavviso di due mesi per consentire la presa in carico da parte di altri medici”. A

dare una svolta alla vicenda è stata la scelta di adire alle vie legali. Alcuni medici, supportati dall’assistenza legale dei sindacati, si sono rivolti al Giudice del lavoro di Napoli con procedura d’urgenza, evidenziando l’illegittimità dell’operato della Asl.

“La decisione del Tribunale del Lavoro - ha dichiarato il segretario provinciale del Sumai, **Gabriele Peperoni** - rende giustizia a quanto sosteniamo dall’inizio di questo caso e cioè che la Asl 2 di Napoli e il suo direttore generale avevano violato la legge e l’Acn con una decisione che non trova precedenti su tutto il territorio nazionale”. Sulla stessa lunghezza d’onda il giudizio espresso da **Luigi Sparano**, segretario provinciale Fimmg: “Quanto stabilito dal giudice di fatto dichiara che la deliberazione alla base dei licenziamenti non è supportata dalla legge”.

Anche il sindacato Smi esprime soddisfazione per il reintegro dei medici: “Questa sentenza - sottolinea **Luigi De Lucia**, vice segretario nazionale, è una prima importante vicenda in una questione a dir poco grottesca. Il direttore Ferraro aveva prodotto un assurdo giuridico pur di perorare la sua causa. Siamo contenti anche perché è stato punito un atteggiamento chiuso e ostile nei confronti dei sindacati”.

Decreto sanità e responsabilità medica

La proposta, formalizzata nell'art. 3 "Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie" di contenimento delle accuse di malpratica, correlate a denunce per colpa lieve, potrebbe paradossalmente incentivare comportamenti difensivi basati sulla scrupolosa applicazione delle linee guida

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale, Flero (BS)

Quando si pensa agli errori medici tra gli addetti ai lavori prevale l'aspetto operativo a scapito della dimensione cognitiva e mentale: quasi tutte le definizioni di errore, infatti, fanno riferimento ad azioni o alla pianificazione di azioni difettose e non appropriate rispetto allo standard di riferimento. Ne deriva, implicitamente, che per evitare di sbagliare (e prevenire quindi danni per l'assistito), basta seguire scrupolosamente protocolli, linee guida e procedure codificate dalla comunità scientifica. Insomma il pensiero medico sottolinea quasi esclusivamente gli aspetti pratici mentre i processi cognitivi ed inferenziali, tipici del procedimento diagnostico, restano in ombra se non del tutto trascurati: le azioni corrette, gli interventi accreditati e i protocolli codificati sarebbero di per sé e a priori garanti di un buon esito. Secondo questa concezione l'errore (prevalentemente terapeutico) correlato a un atto medico, è:

- ▶ dovuto a negligenza, distrazione, imperizia o trascuratezza nell'applicazione di un protocollo o di una linea guida;
- ▶ prevenibile, osservando scrupolosamente le procedure corrette;

▶ correlato a un danno per il paziente (evento avverso) e quindi ad una responsabilità individuale.

▶ Il Decreto Balduzzi

La riforma delle cure primarie, incentrata sulle nuove forme associative, ha monopolizzato il dibattito pubblico tra i vari portatori di interessi in campo. È così rimasta in ombra la proposta, formalizzata nell'art. 3 comma 1 del decreto Balduzzi, di contenimento delle accuse di malpratica correlate a denunce per colpa lieve. L'articolo 3 ha in sostanza formalizzato l'impostazione culturale sopra descritta, in quanto il giudice, nell'accertamento della colpa lieve di un medico, dovrà tenere in conto se il medico si attiene o meno "a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica". Si tratta di una svolta importante che avrà probabilmente effetti consistenti sulle pratiche assistenziali e non tutti nella direzione attesa. Proviamo ad immaginare questi effetti. Di sicuro le linee guida (LLGG) elaborate per le principali patologie avranno un grande impulso e una rinnovata notorietà. In primo luogo si pone il problema, comune a tutti i clinici pratici, di applicare ai

singoli casi clinici le indicazioni e le raccomandazioni contenute nei documenti di consenso, per forza di cose astratte e impersonali. Come noto, qualsiasi testo è soggetto ad interpretazione ed adattamento alla realtà, sempre più complessa e sfaccettata delle schematizzazioni formali. C'è da attendersi quindi che per attenersi alla lettera alle delle "buone pratiche accreditate" i medici pratici tenderanno ad applicarle in modo scrupoloso e iperfedele. Tuttavia esisterà sempre il problema di quale LLGG adottare tra le tante che si possono reperire in rete: quella della Società scientifica nazionale o quella anglo-sassone tanto prestigiosa?

▶ Le criticità

Già ora il numero, spesso esorbitante, di documenti di consenso sfornati dalla letteratura obbliga ad un *tuor de force* per valutare la qualità dei documenti e districarsi tra indicazioni pratiche, non sempre coerenti e sinergiche. Spesso infatti le linee guida risentono del particolare contesto geografico ed epidemiologico in cui sono state elaborate, per non parlare dell'annoso problema dei conflitti di interesse. E che dire

degli assistiti affetti da polipatologie che dovrebbero seguire contemporaneamente diverse LLGG, magari palesemente in contrasto l'una con l'altra o inconciliabili? E in caso di conflitto o dissonanza tra prescrizioni alternative, a quale bisognerà dare credito? È probabile che per pararsi da eventuali rischi legali i medici siano propensi ad adottare quelle più rigorose e dettagliate. Infine, ma non certo per importanza, c'è un non trascurabile nodo teorico correlato all'applicazione delle raccomandazioni della letteratura: in certi casi potrebbe essere più "etico" e deontologico ignorare o addirittura violare le buone pratiche cliniche codificate a favore di scelte personalizzate o aderenti ai singoli casi clinici, non raramente unici e parti-

colari. D'altra parte è la stessa Corte di Cassazione, nella recente sentenza n. 35922 del 19 settembre 2012, ad aver affermato, in contraddizione con l'articolo 3 della riforma Balduzzi, che l'osservanza o l'inosservanza delle linee guida non determina né esclude automaticamente la colpa del sanitario: *"Dal punto di vista del giudizio sulla colpa del medico, il giudice resta libero di apprezzare se l'osservanza o il discostamento dalle linee guida avrebbero evitato il fatto e cioè se le circostanze del caso concreto imponessero o meno l'adeguamento alle linee guida a disposizione del medico, oppure una condotta diversa da quella descritta in dette linee guida"*. Nelle conclusioni della sentenza, la Corte Suprema, afferma inoltre che le LLGG,

"pur rappresentando un importante ausilio scientifico, con il quale il medico è tenuto a confrontarsi non eliminano l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche (...)". La nuova norma inserita nel Decreto quindi potrebbe paradossalmente incentivare comportamenti difensivi basati sulla scrupolosa applicazione delle linee guida, anche se il giudice chiamato a valutare il comportamento del medico non potrà considerarle un punto di riferimento assoluto. Se si considera che lo spettro dell'errore e l'accusa di malpratica sono le motivazioni primarie della prescrizione di accertamenti o farmaci a scopo difensivo, si può intuire quanto sia consistente il rischio di indurre effetti perversi e contro-intuitivi.

Aggregazioni territoriali, assistenza h. 24 e incubi notturni

L'alba del nuovo giorno aveva appena dissipato le ultime ombre della notte che già si era formato un primo ingorgo di autoveicoli diretti fuori dalla ridente cittadina balneare, perla della costa laziale. L'organico dei VVUU, sebbene ridotto all'osso dopo i tagli al personale, si prodigava al massimo per riportare un poco d'ordine nel traffico straordinario venutosi a creare in quell'ora malsana. Mica siamo in una metropoli, dicevano tra loro, cosa si sarà impossessato della cittadinanza? E perché sono tutti diretti verso il campo sportivo? Non è Domenica! Ebbene sì cari amici, a tempo di

record e approfittando del fatto che la squadra locale non aveva ancora iniziato il campionato, la Azienda sanitaria aveva trasformato lo stadio comunale nel primo maxi ambulatorio medico italiano, aperto 24 ore e sette giorni su sette, festivi inclusi!

Il rationale di tale scelta era di una semplicità inaudita: nella cittadina sono presenti 40 medici di medicina generale ed ognuno nella sola mattinata vede circa 30 pazienti; altrettanti si recano in segreteria per la ripetizione di ricette e altre varie procedure burocratiche. Quindi basta un breve conteggio per avere una stima per difetto: nelle prime quattro ore della giornata si ha un movimento di 2.400 pazienti. Come gestire questa marea umana che si sposta sul territorio verso l'unica struttura abilitata dai decreti recenti? Ovvio, Watson,

lo stadio di calcio, trasformato con poca spesa in tensostruttura santaria, dotata di cubicoli ove effettuare le visite mentre gli spalti diventano sala di attesa! Un comodo parcheggio attorno e il gioco è fatto! Mi avvio in camice bianco, insieme con gli amici colleghi di sempre, nella grande arena, cercando con lo sguardo qualche viso familiare di paziente noto e seguito da tempo: ma vedo solo una massa brulicante che dagli spalti inizia a gettare verso di noi i numeri di prenotazione della visita, ottenuti dal solito bagarino a caro prezzo... A questo punto mi sono svegliato, forse ieri sera ho esagerato con la benzodiazepina: era un sogno, vero? Ditemi che era solo un sogno!

Stephen Gell

Medico di medicina generale
Terracina (LT)

GIORNATA DEL MEDICO DI FAMIGLIA Quale futuro per il Servizio Sanitario Nazionale Quale futuro per il Medico di Famiglia

CREDITI ECM

PROGRAMMA

- 8.30 **Registrazione dei partecipanti**
- 9.00 **Introduzione al tema del convegno**
Introduzione sulla festa e provocazione su motivazione professionale. Enrico Illarini
I SESSIONE - SISTEMA SANITARIO NAZIONALE, FARMACI E "REVISIONE DELLA SPESA"
Moderano: Maria Bimbi, Tessa Nicolai, Maddalena Isoldi
- 9.20 **Stato dell'arte e snodi del Sistema Sanitario Nazionale** Antonio Parisi
- 9.30 **La mancata adesione alle terapie nel paziente cronico**
I dati della medicina generale Giampaolo Mazzaglia
- 9.50 **Il punto di vista di un medico di famiglia su farmaci, costi, sostenibilità in tempi di "revisione della spesa"** Ettore Saffi Giustini
II SESSIONE - ORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE: ESPERIENZA IN ATTO
Modera Mauro Ruggeri
- 10.15 **Esperienza in Toscana**
Partecipano: Stefano Mascandini, Luciano Fianclifacci, Romeo Zuli
- 11.00 **Coffee break**
- 11.10 **Esperienza in altre regioni**
Partecipano: Fernanda Bartoloni, Paolo Rodelli, Damiano Parretti, Dario Bartolucci, Alessandro Guerroni
- 12.10 **Dalla clinica alle politiche regionali: esperti a confronto**
Modera Vittorio Boscherini
Partecipano: Maria Teresa Mechi, Piero Salvadori, Renzo Le Pera, Damiano Parretti, Dario Bartolucci, Loveland Gianni
- 13.00 **Light Lunch**
- 14.00 **Ripresa dei lavori**
III SESSIONE - IL FUTURO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: LE DOMANDE DI OGGI, LE RISPOSTE DI DOMANI
Moderano: Alessio Nastuzzi, Alessandro Bussotti
- Interviste**
La crisi dell'universalismo e spending review Tessa Nicolai, Gavino Maciocco
MMG: Libera professione o dipendenza Maddalena Isoldi, Mauro Ucci
Il futuro medico è donna Maria Bimbi, Maria Grazia Mori
Tecnologia e clinica: ospedale e territorio Claudia Fognoni, Alessandro Morettini
Formazione e Ricerca in Medicina Generale
Mirena Anna Luciani, Emanuele Messina
- 15.40 **Domande agli esperti**
Partecipano: Gavino Maciocco, Mauro Ucci, Maria Grazia Mori, Alessandro Morettini, Emanuele Messina
- 16.10 **Il commento**
Interviene Luigi Maroni
- 16.30 **Chiusura dei lavori**

**FIRENZE
10 NOVEMBRE
2012**
AUDITORIUM
ENTE CASSA
DI RISPARMIO
DI FIRENZE
VIA F. PORTINARI, 5

ANGELINI
Boehringer
Ingelheim
Pfizer
SIGRETARIA
ORGANIZZATIVA
KONCEPT SRL
339 3053438 - 334 7365693
convegno@koncept.it
PROVIDER ECM
MCR CONFERENCE S.R.L.
www.mcrconference.it



La Festa del Medico di Famiglia 2012

Costruire una relazione più attiva con la popolazione per discutere di salute, di prevenzione, di utilizzo appropriato dei servizi sanitari: è con questa finalità che è nata a Firenze la Festa del Medico di Famiglia che quest'anno è alla sua terza edizione. Si svolgerà dal 5 al 11 novembre e coinvolgerà giovani e adulti, medici e istituzioni di diverse Regioni (Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia) e città italiane con iniziative ed eventi per cittadini medici ed operatori della salute.

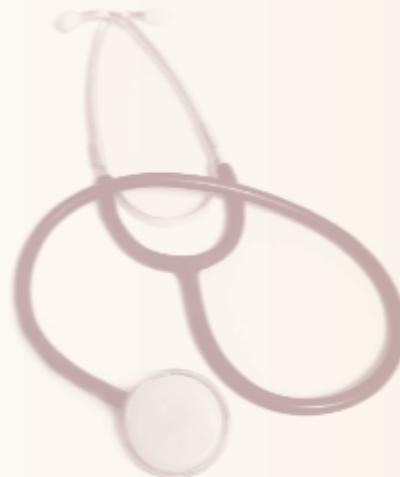
Per conoscere tutte le iniziative basta visitare il sito:

www.festadelmedicodifamiglia.it

Tra gli appuntamenti, particolare attenzione riveste il convegno ECM: "Futuro del Ssn e futuro del Mmg", che si svolgerà il 10 novembre a Firenze. L'iscrizione al convegno è gratuita su www.fmdf.it



AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **ALGOLOGIA**

Articolazione temporomandibolare e patologie disfunzionali

■ **CONTRACCEZIONE**

Barriera naturale e definitiva contro le gravidanze

■ **DIABETOLOGIA**

Compenso glicemico anche per anziano e nefropatico

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Colite ulcerosa: sintomi fisici e sofferenza emotiva

■ **GINECOLOGIA**

Trattamento con laser dell'atrofia vaginale

■ **ONCOLOGIA**

Carcinoma renale metastatico: una diagnosi spesso casuale

■ **PNEUMOLOGIA**

Inquinamento e allergopatie, un sodalizio pericoloso

■ ALGOLOGIA

Articolazione temporomandibolare e patie disfunzionali

Sono considerate fra le più comuni problematiche dolorose orofacciali d'origine non dentale e sono caratterizzate da deviazione o deflessione nel movimento di apertura e chiusura dell'articolazione temporomandibolare, dolori articolari o muscolari e rumori articolari. "In letteratura è ancora aperto il dibattito sul livello di prevalenza nella popolazione; si stima tuttavia che ne soffra circa il 10-15% degli adulti, il 5% dei quali ha un'assoluta necessità di trattamento", ha commentato Giampiero Farronato, Direttore della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia e Presidente Corso di Laurea di Igiene Dentale dell'Università di Milano. Non è raro che si tratti di pazienti giovani in quanto i primi sintomi compaiono in genere fra i 20 e i 40 anni di età. In effetti, gli studi hanno documentato come nella popolazione si verificano due picchi distinti, uno intorno ai 30 anni nei soggetti che presentano alterazioni a carico del disco articolare e l'altro intorno ai 50 anni a causa di disordini articolari di tipo infiammatorio-degenerativo.

A complicare l'approccio diagnostico sono le frequenti e concorrenti sintomatologie associate, quali mal

di denti, emicrania e nevralgie che possono indirizzare verso diagnosi alternative. Fra le patologie da considerare nella diagnosi differenziale vi sono, infatti, la cefalea di tipo vascolare, la nevralgia del trigemino, la sindrome di Sluder, l'artrite reumatoide, l'osteoartrosi dell'articolazione temporomandibolare, la lussazione traumatica del menisco, la sindrome di Eagle e l'artrosi cervicale. "È importante che il Mmg tenga in considerazione la possibilità di questa diagnosi – aggiunge l'esperto – e di conseguenza suggerisca al paziente di rivolgersi allo specialista per un intervento terapeutico mirato". Questo può seguire una serie di approcci differenti che vanno dalla terapia cognitivo comportamentale all'agopuntura, dagli esercizi fisioterapici mandibolari a quelli di correzione posturale, dall'impiego di dispositivi occlusali (bite) ai farmaci. Questi ultimi rappresentano un'ar-

ma fondamentale nelle mani dello specialista. I medicinali più largamente utilizzati sono gli anti-infiammatori non steroidei, ma in questi pazienti si ricorre spesso anche ai corticosteroidi, ai miorilassanti, agli ansiolitici, agli antidepressivi triciclici e talvolta anche agli oppiacei. Il principale obiettivo per i pazienti con patie disfunzionali all'articolazione temporomandibolare è, infatti, quello di diminuire il dolore articolare, l'infiammazione e qualsiasi dolore muscolare associato (per esempio quello a carico dei muscoli masticatori), con conseguente aumento della funzione e limitazione alla progressione della malattia e della disfunzione e morbilità associate.



■ CONTRACCEZIONE

Barriera naturale e definitiva contro le gravidanze

Grazie a una tecnologia innovativa, è possibile offrire alle donne che hanno una famiglia completa e che sono sicure di non volere più altri figli, un metodo contraccettivo permanente e non reversibile. Si tratta della procedura Essure®, che prevede il posizionamento di inserti morbidi e flessibili nelle tube di Falloppio. Non è necessaria alcuna incisione perché questi piccoli inserti vengono inseriti attraverso la vagina e la cervice. Durante le settimane seguenti, si crea una barriera naturale attorno agli inserti impedendo agli spermatozoi di raggiungere gli ovuli (gli ovuli rilasciati dalle ovaie saranno riassorbiti dall'organismo).

La procedura Essure® è rimborsata al 100% dal Servizio Sanitario Nazionale. "Questa procedura – ha dichiarato Massimo Luerti, Direttore UO Ginecologia, Istituto Clinico Città Studi, Milano – rappresenta una risposta efficace per le donne, consapevoli dell'irreversibilità del metodo. Viene effettuata in regime di day hospital, ha una durata di norma inferiore a 10 minuti, generalmente non richiede anestesia, è priva di rischi e ha un'efficacia nella quasi totalità dei casi. Inoltre, le donne possono riprendere le loro normali



attività quotidiane poche ore dopo l'esecuzione della procedura. Tutte le richieste che sono state registrate avevano come scopo la pianificazione familiare e provengono da donne di età compresa tra 35 e 45 anni, con due figli in media e comunque con il numero di figli ritenuto sufficiente per la coppia".

Esthyme, una survey multicentrica francese condotta in 12 ospedali pubblici e privati (Gynecol Obstet Fertil 2007; 35: 1123-28), ha valutato il grado di soddisfazione di 1032 pazienti che, tra il 2002 e il 2006, si sono sottoposte alla procedura Essure®, sottoponendo loro un questionario anonimo per la rilevazione. Il 45% di tutte le procedure è stato eseguito senza anestesia mentre nel 55% delle pazienti è stata fatta

l'anestesia (generale, locale o neuroleptoanalgesia).

Lo studio Esthyme, oltre a dimostrare percentuali di efficacia del 99.74% (su cinque anni di follow up) – fornendo quindi una tranquillità paragonabile agli altri metodi di controllo delle nascite – ha anche dimostrato che il 90% delle pazienti valutate ha ripreso le proprie attività familiari e il 75% ha ripreso a lavorare entro 24 ore dall'esecuzione della procedura. Un altro aspetto importante per la qualità della vita delle pazienti è che Essure® non ha un impatto negativo sulla vita sessuale. Il 33% delle pazienti ha riferito anche un miglioramento della propria sessualità e una sensazione di maggiore libertà perché non dovevano più preoccuparsi per una gravidanza non programmata.

Tre mesi dopo l'esecuzione della procedura (periodo durante il quale è importante continuare a utilizzare un metodo contraccettivo diverso dalla spirale per prevenire possibili gravidanze) viene effettuato un test di conferma: consiste in un semplice esame radiografico finalizzato a controllare il posizionamento dei micro-inserti.

www.qr-link.it/video/1312



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

■ DIABETOLOGIA

Compenso glicemico anche per anziano e nefropatico

I risultati di un ampio studio clinico presentati al 48° Congresso EASD confermano l'efficacia e la tollerabilità di linagliptin in pazienti con diabete di tipo 2, compresi i soggetti anziani e quelli con nefropatia diabetica. Linagliptin è un inibitore del DDP4 orale in monosomministrazione giornaliera, impiegato in monoterapia in pazienti che non riescono a ottenere il controllo glicemico con la sola dieta ed esercizio fisico e che non possono assumere metformina per problemi di



intolleranza o perché controindicata per un declino della funzionalità renale. Linagliptin è anche approvato come farmaco da utilizzare in associazione a metformina e a metformina + sulfanilurea.

La Commissione Europea ha approvato l'ampliamento delle indicazioni terapeutiche di linagliptin, includendone l'uso in associazione ad insulina in adulti con diabete di tipo 2.

"Il recente rapporto Istat sul mondo della sanità in Italia" ha commentato Stefano Del Prato, Presidente della Società Italiana di Diabetologia "sottolinea l'aumento dell'uso della metformina per il trattamento del diabete tipo 2, in linea con le attuali linee guida nazionali e internazionali. Quello che il quadro generale ritratto dall'Istat non evidenzia ancora è che l'uso dei nuovi farmaci anti-diabetici, come gli inibitori del DDP4 e gli agonisti ricettori del GLP1, quando usati in combinazione con metformina, comportano, oltre al miglioramento del controllo glicemico, anche una significativa riduzione del rischio di ipoglicemie e di aumento di peso rispetto all'uso delle sole solfoniluree".

Uno studio clinico di Fase III ha valutato l'efficacia e la sicurezza a

lungo termine di linagliptin rispetto a placebo in 1.261 pazienti con diabete non adeguatamente controllato dal trattamento con insulina basale. Il profilo complessivo di sicurezza e tollerabilità di linagliptin è stato paragonabile a placebo. L'incidenza di ipoglicemia è stata anch'essa simile in entrambi i gruppi (linagliptin 31.4%, placebo 32.9%) a fronte di un migliore controllo glicemico raggiunto con linagliptin (-0.53% di variazione di HbA1c corretta per placebo alla settimana 52 rispetto al basale, $p < 0.0001$).

Linagliptin come terapia aggiuntiva a insulina basale ha dimostrato di essere efficace e sicuro anche in pazienti anziani (≥ 70 anni), determinando una riduzione di 0.77% dell'HbA1c corretta per placebo rispetto al basale ($p < 0.0001$), senza rischio aggiuntivo di ipoglicemia (28.6% con linagliptin e 37.2% con placebo).

"Questi dati sono molto confortanti - afferma Carlo Giorda, Presidente AMD - soprattutto se consideriamo che in Italia, secondo gli ultimi dati degli Annali di AMD, la percentuale dei pazienti con diabete al di sopra dei 65 anni supera il 60% della popolazione diabetica, che si traduce, in termini assoluti, in circa 1.800.000 persone. Per questa popolazione di pazienti è sempre più necessario avere un approccio terapeutico a 360°, che consenta di raggiungere un buon controllo glicemico in sicurezza, considerando le frequenti patologie concomitanti e le diverse complicanze del diabete stesso, quali l'insufficienza renale".

■ GASTROENTEROLOGIA

Colite ulcerosa: sintomi fisici e sofferenza emotiva



La colite ulcerosa è una malattia difficile da gestire fin dal suo riconoscimento e, a complicare le cose, si aggiunge il fatto che spesso la diagnosi avviene con un ritardo di oltre 2 anni rispetto all'inizio dei sintomi.

Questo dato, emerso dalla ricerca "Cogli la Vita – La mia vita con la colite ulcerosa" che ha coinvolto 858 pazienti sul territorio nazionale, ha colpito gli stessi clinici coinvolti, mettendo in luce anche l'impatto che la malattia ha sul vissuto quotidiano delle oltre 60.000 persone colpite. L'indagine ha visto il coinvolgimento di un board scientifico formato da medici esperti nel trattamento della colite ulcerosa e coordinati dai Prof. Francesco Pallone dell'Università di Tor Vergata, Prof. Giacomo Carlo Sturniolo dell'Università di Pavia, Dott. Vito Annesse dell'Ospedale Careggi di Firenze, e dell'associazione pazienti AMICI, rappresentata dal Direttore Salvo Leone.

La colite ulcerosa è una malattia infiammatoria cronica del colon che, nella maggioranza dei casi, riguarda soggetti giovani con un secondo picco tra i 60 e 70 anni. In Italia, ogni anno sono circa 80 i nuovi casi per milione di abitanti. Si tratta di una malattia cronica a volte grave, ma

non incurabile. Per tali motivi la colite ulcerosa può, di fatto, interferire su tutti gli aspetti della vita di una persona sul piano emotivo, familiare e lavorativo.

Non vi è dubbio che vivere con questa malattia sia una sfida a seguito di una sintomatologia a volte continua ed invalidante, della necessità di terapie giornaliere e modificabili nel tempo in aggiunta all'esecuzione di esami diagnostici da effettuare nel corso della vita", afferma il Prof. Francesco Pallone dell'Università di Tor Vergata, commentando i risultati principali emersi dalla ricerca.

"Nonostante le cause determinanti della colite ulcerosa non siano ancora note e quindi non esista una cura", prosegue il Francesco Pallone, "le terapie oggi disponibili permettono di ottenere un buon controllo dei sintomi.

La ricerca, attualmente, ha lo scopo di capire i meccanismi e mettere a punto nuove terapie per questa malattia. Tuttavia, come in tutte le malattie croniche, anche nella colite ulcerosa un potenziale problema è rappresentato dall'aderenza alla terapia medica, ed ancor di più in pazienti che devono assumere più farmaci per malattie concomitanti".

È difficile condividere una malattia

così imbarazzante al di fuori del proprio nucleo familiare, spesso l'unico sostegno per il malato, che altrimenti vive in solitudine la propria condizione. La persona affetta da colite ulcerosa deve essere posta al centro del piano di cura, un atteggiamento già evidente nell'impostazione stessa della ricerca. Cruciale e imprescindibile è stato, infatti, il contributo dell'associazione pazienti AMICI, sia nelle fasi iniziali che hanno visto nascere il progetto, sia nella valutazione dei risultati emersi.

"La colite ulcerosa è una malattia che mina la sicurezza emotiva, allontanando le persone dal sociale, dal lavoro e dalla famiglia. È importante che questi aspetti vengano, finalmente, sottolineati con forza dai numeri che emergono da questa ricerca di ampio respiro", sottolinea Salvo Leone, Direttore di AMICI.

www.qr-link.it/video/1312



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

■ GINECOLOGIA

Trattamento con laser dell'atrofia vaginale

Si tratta della prima applicazione laser in campo ginecologico, per la menopausa, che agisce sui tessuti determinando un'azione rigenerante delle fibre invecchiate e inducendo la produzione di nuovo collagene. MonnaLisa Touch, l'ultima frontiera nell'ambito delle possibilità di affrontare i disturbi della menopausa, è un trattamento laser di ultima generazione, controllato da un sistema computerizzato (tecnologia esclusiva DEKA) che va ad arricchire le attuali possibilità terapeutiche, dagli estrogeni vaginali, alle sostanze che restituiscono idratazione ed elasticità vaginale e, agendo delicatamente sui tessuti stimola la produzione di collagene, migliora la funzionalità dell'area trattata e ristabilisce il

corretto equilibrio trofico della mucosa vaginale.

Da uno studio clinico che coinvolge 50 donne, pazienti affette da atrofia vaginale in cura presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, sono emersi dei risultati clinici preliminari entusiasmanti. In seguito ai primi trattamenti con MonnaLisa Touch sono stati riportati notevoli miglioramenti di tutti i principali sintomi, con importanti risvolti positivi anche sulla qualità della vita delle pazienti. È noto che durante il climaterio tutti gli organi del corpo della donna, compresi quelli genitali, sono soggetti a un lento e progressivo invecchiamento dovuto allo scorrere del tempo. La perdita di turgore e idratazione dei tessuti delle zone intime induce scarsa lubrificazione vaginale, causando sensazioni di disagio dovute a prurito, secchezza, bruciore, persino dolore durante il rapporto sessuale. Grazie a MonnaLisa Touch, dopo un solo trattamento, è stato riscontrato nelle pazienti la riduzione di tutti questi disturbi.

Le donne italiane in menopausa sono più di 10 milioni - un numero che cresce di giorno in giorno - stando alle più recenti statistiche che le vedono al 3° posto in Europa

per longevità dopo Francia e Spagna, ma purtroppo al 10° per lo stato di salute. Tra le molteplici dimensioni che influenzano la qualità della vita della donna dopo i 50 anni - ha commentato **Rossella Nappi**, professore di Ostetricia e Ginecologia dell'Università degli Studi di Pavia e Membro del Consiglio Direttivo della Società Internazionale della Menopausa - quella che riguarda la sfera intima e che è strettamente correlata al problema dell'atrofia vaginale (indicata con l'acronimo inglese *VA*, *Vaginal Atrophy*), viene spesso sottovalutata, nonostante sia tra le più rilevanti per il benessere personale e di coppia.

La Società Internazionale della Menopausa ha sensibilizzato tutte le donne sul tema dell'atrofia vaginale per aiutarle a vincere l'imbarazzo e favorire un "dialogo intimo" con il ginecologo sul tema della sessualità, soprattutto in caso di rapporti dolorosi in modo da trovare la via ottimale allo scopo di migliorare il senso di benessere della donna e la vita di coppia e, soprattutto, per prevenire tutti i fastidiosi disturbi a lungo termine sul versante genito-urinario.



www.qr-link.it/video/1312



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

■ ONCOLOGIA

Carcinoma renale metastatico: una diagnosi spesso casuale

■ Liria Rame

In Italia sono circa 8200 le persone che ogni anno devono affrontare una diagnosi di carcinoma renale, neoplasia che rappresenta circa il 2-3% di tutti i casi di tumore, con una tendenza però all'aumento. L'adenocarcinoma è il tipo più comune di neoplasia renale negli adulti: in Italia rappresenta l'85% del totale delle forme neoplastiche a carico dell'organo.

Si tratta di una malattia prevalentemente maschile, con un'incidenza doppia rispetto alle donne e che interessa soprattutto gli anziani (due terzi delle persone ha più di 65 anni). Il tumore non è particolarmente frequente e spesso è asintomatico, e per questo difficile da scoprire: uno su due viene, infatti, individuato per caso, attraverso un'ecografia o una Tac addominale. Con il risultato che circa il 30% dei pazienti mostra segni di metastasi già alla diagnosi e circa il 40% le svilupperà in seguito, solitamente nell'arco di due anni (Motzer RJ, et al. N Engl Med 2007; 356: 115-24; Escudier B et al. Lancet 2007; 370: 2103-11; Hudes G, et al. N Engl J Med 2007; 356: 2271-2281).

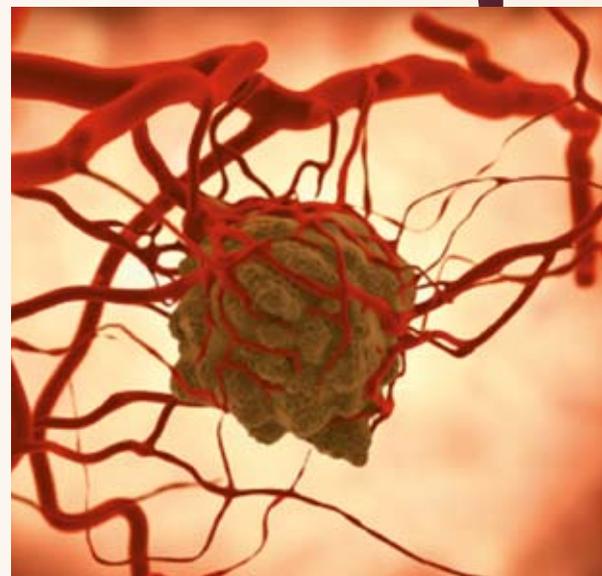
Negli stadi precoci del carcinoma

renale spesso non ci sono segni o sintomi chiari. Una volta che la lesione comincia a svilupparsi, i sintomi possono diventare più evidenti, e possono includere: ematuria, fatigue, perdita di peso, anemia, dolore o la presenza di una massa sul fianco o in basso sulla schiena (Ljungberg B, et al. Eur Urol 2007; 51: 1502-1510).

Le opzioni terapeutiche comprendono la chirurgia (tumore localizzato, senza metastasi) che viene invece sostituita, nelle forme più avanzate, da interventi che mirano a prolungare la sopravvivenza, rallentare la crescita tumorale e ridurre o eliminare tutti i sintomi. L'introduzione delle terapie a bersaglio ha avuto un impatto notevole nella gestione della malattia e nell'aumentare i risultati per i pazienti.

Pazopanib è un inibitore dell'angiogenesi e di alcune tirosin chinasi, in particolare dei recettori VEGFR1, VEGFR2, VEGFR3, PDGFR- α , PDGFR- β , e del recettore per le *stem cell* (c-KIT), in grado di rallentare la nascita di nuovi vasi sanguigni che irrorano il tumore, controllandone quindi lo sviluppo.

Pazopanib somministrato per via



orale ha dimostrato una significativa efficacia in termini di risposte e di sopravvivenza libera da progressione rispetto al placebo e dimostra un buon profilo di tollerabilità. La tollerabilità, che si traduce anche in maggiore compliance, consente di rispettare la *dose intensity* prevista, di preservare la qualità di vita, e di rimanere in trattamento per un lungo periodo di tempo, con un impatto importante sulla stabilità di malattia.

www.qr-link.it/video/1312



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

■ PNEUMOLOGIA

Inquinamento e allergopatie, un sodalizio pericoloso

■ **Angela Walmar**

Riscaldamento globale, inquinamento atmosferico, incremento del carico pollinico: tre elementi per un'equazione che dà come risultato l'aumento di severità delle malattie allergiche. Negli ultimi 10 anni i cambiamenti climatici e ambientali hanno contribuito in modo determinante alla crescita del 38% della prevalenza dell'asma in Italia, pari al 6.6%. Così come sono cresciute le riniti allergiche, che colpiscono attualmente più di 1 adulto su 4.

“Oltre alla crescita delle malattie allergiche (insorgenze e riacutizzazioni asmatiche, rinoconguntiviti, infezioni respiratorie acute), l'inquinamento atmosferico – sottolinea **Floriano Bonifazi**, direttore del Dipartimento di malattie immuno-allergiche e respiratorie dell'Azienda Ospedaliera di Ancona e Presidente onorario AAITO – può modificare in senso peggiorativo anche l'effetto degli aeroallergeni sulle stesse malattie. Ad esempio gli effetti infiammatori dell'ozono, del particolato atmosferico e del biossido di zolfo determinano una più facile penetrazione degli allergeni pollinici nelle

vie aeree. È il caso degli effetti dei motori diesel sulla salute delle vie respiratorie. Il particolato dei motori diesel, una volta penetrato nelle vie aeree, ha un effetto immunologico coadiuvante nella sintesi delle IgE in soggetti atopici, in quanto capaci di stimolare le cellule deputate alla produzione degli anticorpi di tipo allergico”. Circa il 25% di tutto il particolato atmosferico, derivante dalla combustione di carburante, proviene dai motori diesel, che emettono una quantità di particolato incompleto di circa 100 volte superiore a quello dei motori a benzina.

Negli ultimi anni l'AAITO (Associazione Allergologi ed Immunologi Territoriali Ospedalieri) ha intensificato il proprio impegno per sostenere la crescita professionale dell'allergologo, specialista in grado di gestire con approccio multidisciplinare la complessità delle manifestazioni immunoallergiche. “Eppure a fronte dei bisogni sanitari emergenti dei pazienti allergici – osserva **Costantino Troise**, direttore U.O.C. Allergologia dell'IRCCS AOU San Martino di Genova e Past President AAITO – si evidenzia una carenza strutturale

del Servizio Sanitario Nazionale, che in prospettiva appare ancora più critica in presenza della crescita esponenziale del loro numero e della loro complessità. Da questo punto di vista è necessario dedicare maggiore attenzione al potenziamento, anche numerico, dei servizi di allergologia all'interno di una più avanzata programmazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche”.

“Se non si andrà in questa direzione – conclude Troise – l'epidemia di allergie rischia di non trovare risposte adeguate e assisteremo ad un peggioramento della condizione dei cittadini affetti da malattie allergiche, sia attuali che nuovi, esclusi dalla possibilità di beneficiare delle migliori competenze professionali disponibili e delle opportunità terapeutiche di ultima generazione e quindi, in ultima analisi, di rendere esigibile il loro diritto alla salute”.

www.qr-link.it/video/1312



 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

Ennio Flaiano, negli anni del secondo dopoguerra, (supplemento ai viaggi di Marco Polo) narra che un re gli confidò: "Il lavoro possiamo distinguerlo in due categorie. Alla prima assegneremo i lavori che sono una continuazione dei doveri infantili, alla seconda i lavori che sono la continuazione dei giochi. Ossia: lavori che chiedono la stretta osservanza di un orario (e spesso l'immobilità del corpo), e lavori che si svolgono con o senza orario, ma sempre avventurosamente. Un vetturale, per esempio, un attore, un medico, un negoziante, un gendarme, un artista, un imperatore, un ladro: tutti costoro lavorano obbedendo alle leggi di un gioco che sta al loro estro cambiare o abbellire. Un impiegato, invece, lavora perché deve; esegue un compito predisposto per lui da un'autorità: ed è perciò sotto la continua minaccia di sanzioni che gli ricordano le punizioni paterne e le bocciature scolastiche. Da qui la tristezza dell'impiegato, la tristezza della letteratura che quest'essere ispira e i cattivi risultati dell'amministrazione pubblica, che voi tanto lamentate. Quindi, se sentite parlare di amministrazioni corrotte, di ministri corrompibili, ricordatevi che la corruzione è l'unico mezzo che i burocrati hanno per riportare il loro lavoro alla categoria preferita: alla categoria dei giochi". I medici di famiglia purtroppo, oggi, in Italia, sono ridotti a far parte della seconda categoria.

Martedì

Oggi una mia paziente con un carcinoma mammario, ricoverata in una clinica chirurgica universitaria e pronta per entrare in sala operatoria, si è volontariamente dimessa dall'ospedale. Il medico che doveva operarla, un chirurgo con ampia esperienza, non aveva l'etichetta di "senologo" e per questo la signora è fuggita. Questi sono i deleteri effetti della "fabbrica" delle cosiddette specialità tipicamente *made in Italy*.

Mercoledì

Si sta laureando in medicina e mi scrive questa mail:
"Caro Giuseppe,
scusa se ti disturbo con i miei soliti dubbi frivoli: sto assumendo la pillola K. da quasi un mese, sia come contraccettivo che a causa di una sospetta endometriosi microscopica con dismenorrea e menorragia (e devo dire che per ora mi trovo bene: a parte un po' di spotting qualche giorno fa, per il resto non ho più avuto episodi di dolore pelvico, né sbalzi d'umore, né ritenzione idrica). La ginecologa mi ha consigliato di aspettare la fine del primo blister prima di avere rapporti non protetti da preservativo (ogni blister contiene 28 pillole, di cui le ultime due sono placebo e il blister successivo va iniziato senza interruzioni, dopo la 28esima pillola del ciclo precedente). Essendo quasi alla fine del primo blister

(venerdì prossimo assumerò la 25esima pillola) posso stare tranquilla ed avere già rapporti protetti unicamente dalla pillola o è più prudente terminare tutto il blister prima di "rischiare?" Grazie mille per la cortesia, scusa le mie richieste frivole, ma piuttosto che far cavolate... PS: dovrei finalmente laurearmi la prossima settimana, speriamo bene..."
Speriamo bene!

Giovedì

Ieri prendevo un cappuccino seduto ad un tavolo di un bar di una località balneare. Sfogliavo il giornale ma la mia attenzione veniva continuamente attirata dagli argomenti di conversazione delle persone ai tavoli vicini. Più della metà parlava di salute, di farmaci e di medici. Questo ad ulteriore dimostrazione di come questi temi siano importanti per la gente e come la società, le età della vita, le attività e anche la salute siano "medicalizzati". Nei discorsi non compariva mai come interlocutore il "Sistema Sanitario" ma sempre un medico, un professionista, una persona cui un'altra persona affida la sua salute. La gente non sa invece che spesso affida i suoi problemi ad una "risorsa umana" di un sistema, un professionista che ha tanti vincoli che talvolta lo costringono a non fare i veri interessi del "proprio" paziente. Oggi un ragazzo mi confidava i suoi problemi familiari ed affettivi, mi esternava le sue paure e le sue ansie che io dovevo trasformare in problemi codificati, inserirli in un database e condividerli in maniera "trasversale" e "verticale" con tutti i livelli organizzativi e burocratici del nostro Sistema Socio-Sanitario.

Venerdì

E-mail: "Buongiorno carissimo Dottor Maso, sono S., colei che non vedeva il bagno da 15 giorni, ci siamo visti vener-

di scorso e poi l'infermiera era venuta la sera per il clistere. L'infermiera mi chiese gentilmente di avere informazioni sul proseguo... anche per capire come gestire la situazione. Il clistere è servito a pochino, più di 4 minuti non ce l'ho fatta a tenerlo... in questi giorni mi sono sforzata di mangiare cibi favorevoli (yogurt bianco la mattina, più prugne e crusca, zuppe di zuccina)... e sabato ho preso due terribili cucchiaini di olio di ricino il quale ha provocato diarrea. Ad ora nulla è cambiato, stamattina un lieve accenno di normalità "solida" ma poco poco. La pancia resta gonfia e dolente. Speriamo che la situazione piano piano cambi. Se peggiora vengo a trovarla. Grazie per la disponibilità. Buona giornata".

Sabato

Ho visto ieri gli esami di una mia paziente ultranovantenne, in buone condizioni cognitive ma in scompenso cardiaco e con un'arteriosclerosi per cui si è già dovuto amputare una gamba. Ho chiesto una trasfusione a domicilio per una grave anemia (Hb = 8 gr/dl) ma mi è stata rifiutata dalla responsabile delle cure primarie del Distretto perché il protocollo aziendale prevede che non si possa trasfondere una persona se non ha all'emocromo una emoglobina inferiore a 8 gr/dl. La decisione del medico curante è stata cassata da un collega che non conosce il paziente, non conosce le sue condizioni né ha pensato di conoscerle. È stato burocraticamente applicato il protocollo. La signora ha una marcantissima riduzione dell'ossigenazione tessutale, della funzionalità cardiocircolatoria e cerebrale per cui la trasfusione sarebbe da fare obbligatoriamente. Ho dovuto prescrivere un emocromo di controllo (con prelievo ematico a domicilio) per richiedere, solo con un valore di emoglobina inferiore, nuovamente la trasfusione.

Il test HIV tra difficoltà di prescrizione e nuove strategie di offerta

Grazie ai prodigiosi risultati ottenuti con la terapia, la infezione da HIV può ormai annoverarsi tra le patologie croniche. Come per altre malattie a prognosi infausta, anche in questo caso la diagnosi precoce costituisce un obiettivo fondamentale, per assicurare una lunga aspettativa di vita, l'assenza di malattia e, nel caso specifico, la prevenzione di possibili nuove infezioni

Giancarlo Orofino

Infettivologo

Ospedale Amedeo di Savoia, Torino

La diagnosi di infezione da HIV/AIDS è semplicissima, perché si esegue su di un normale campione di sangue nel quale si ricercano gli anticorpi anti-HIV. In termini di sensibilità e specificità, la tecnologia raggiunta dai test è ormai altissima e sfiora quasi l'infallibilità, con l'eccezione di alcuni rarissimi casi di falsa positività. A fronte di tutte queste ottime notizie, si registra ancora una discreta difficoltà e disomogeneità nella prescrizione del test HIV; è una difficoltà che non riguarda solo la realtà italiana, tanto è vero che in molti Paesi si cercano di elaborare delle strategie di implementazione dell'offerta del test, partendo dalle realtà contingenti. Nel nostro Paese sin dall'inizio dell'epidemia è stata fatta la scelta di attribuire al test un significato ben superiore a quello di un semplice accertamento medico, legandolo fortemente ad aspetti di tipo etico, educativo, pedagogico, preventivo. La "blindatura" del test all'interno di questa struttura, giustificata anche dalla paura di un suo uso inopportuno e discriminatorio, ha avuto come conseguenza negativa un certo "appesantimento" di tutto il processo di richiesta ed esecuzione, che ancora oggi si riflette in una sottoprescrizione e/o sottorichiesta. Tra i vari ostacoli tre sembrano essere predominanti: il tempo, lo stigma, il consenso informato "dedicato". La normativa sul test prevede che l'operatore sanitario che lo richiede debba farsi carico del *counseling*; un buon

counseling richiede sia preparazione specifica che tempi adeguati; in molte occasioni, inoltre, il paziente si rende conto di avere a disposizione un'occasione importante per affrontare problematiche personali e per risolvere dubbi ed incertezze riguardo alla esposizione a rischio, e tende a porre molte domande. Ma tutto ciò richiede tempo che in molti *setting* di tipo clinico scarseggia.

Lo stigma che accompagna il tema dell'HIV ha radici profonde; etichettata inizialmente come la malattia dei gay, dei tossicodipendenti, delle persone dedite al sesso mercenario, questa patologia soffre a scollarsi di dosso questa nomea e ciò porta a situazioni paradossali, nelle quali anche il solo proporre il test o accettare di farlo vuol dire essere accomunati a queste categorie di persone considerate "diverse".

Infine, il consenso informato. Da una parte esso rappresenta uno degli strumenti di maggiore tutela per la persona ed in particolare per coloro che dovessero risultare positivi, dall'altra, tuttavia, è inserito in un contesto medico che ha visto espandere in maniera esponenziale, negli ultimi anni, la parte burocratica; in questo modo rischia di ritorcersi come un boomerang e di andare contro quel sistema di semplificazione delle procedure che in molte occasioni permette di favorire la diagnosi, in particolare quella precoce.

Si può tentare di superare questi ostacoli oggettivi attraverso la professionalità, la formazione, l'educa-



zione e lo snellimento di alcune pratiche. In primo luogo bisogna partire dalla constatazione del cambiamento epidemiologico della malattia; se è vero che essa persiste in alcuni gruppi a rischio con un'incidenza molto maggiore, è d'altra parte vero che la trasmissione sessuale è ormai di gran lunga la principale via di contagio e che è necessario che negli studi medici si faccia una buona anamnesi anche sulla sessualità, senza remore e pregiudizi, soprattutto quando ci si trovi di fronte a sintomi o segni "sentinella", che possano far pensare ad un mal funzionamento del sistema immunitario (candidosi orale, herpes zoster, altra malattia a trasmissione sessuale, etc). Se questa prima im-

portante azione deve essere esercitata nei confronti del personale medico e sanitario, ad essa, parallelamente, deve aggiungersi un'educazione sulla popolazione generale, finalizzata all'esecuzione volontaria e ripetuta nel tempo del test HIV, come buona norma per preservare la propria salute e quella delle persone amate. Infine, va forse compiuto uno sforzo, in unione con i rappresentanti dell'associazionismo e dell'attivismo in campo HIV, sempre molto attenti e sensibili al tema, per rendere meno "pesante" la pratica del consenso informato, dando spazio a forme di consenso anche a voce e/o di silenzio assenso, soprattutto riconoscendo che il contesto biomedico nel quale il test viene

richiesto e già, di per sé, garanzia di rispetto della privacy e di tutela della persona.

La consapevolezza che una sieropositività diagnosticata in fase precoce può salvare vita e vite, deve essere la spinta per un approccio decisamente più significativo, in termini quantitativi e qualitativi, al test HIV.

www.qr-link.it/video/1312



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

Crisi di asma allergico grave in corso di temporali

Gennaro D'Amato

Unità Operativa Complessa di Malattie Respiratorie e Allergiche Dipartimento di Malattie Respiratorie
Azienda Ospedaliera ad Alta Specialità di Rilievo Nazionale A. Cardarelli, Napoli

La comparsa o l'aggravarsi di crisi d'asma in concomitanza con le fasi iniziali dei temporali trova numerose conferme in letteratura. Gli studi in merito hanno dimostrato l'erroneità della convinzione che la pioggia durante una stagione pollinica, soprattutto in primavera-estate, fosse in grado di ridurre in atmosfera il contenuto di allergeni per abbattimento al suolo dei pollini emessi dalle specie vegetali allergeniche. Al contrario durante questi eventi i pollini, idratandosi, vanno incontro a rottura da shock osmotico, con conseguente liberazione di parte del loro contenuto.

L'aggravamento dell'asma bronchiale allergico in corso di temporali, soprattutto nelle fasi iniziali, è stato ormai osservato più volte⁽¹⁻²⁰⁾. Episodi di asma osservati nel corso di temporali sono stati descritti in Australia a Melbourne⁽⁴⁾, e a Wagga Wag-

ga⁽¹⁴⁾ ed in Europa a Birmingham⁽³⁾, Londra^(7,10) e a Napoli⁽¹⁶⁾. Questi eventi hanno fatto registrare, nel corso della prima ora dall'inizio del temporale, un incremento improvviso delle visite per asma non solo presso i dipartimenti di emergenza degli ospedali ma anche presso gli studi dei medici di medicina generale.

Osservando gli episodi di crisi asmatiche insorte durante temporali nella città di Melbourne, Suphioglu et al.⁽¹⁾ e Knox⁽²⁾ ipotizzarono che durante questi eventi i pollini, idratandosi, possano andare incontro a rottura da shock osmotico, con conseguente liberazione di parte del loro contenuto, tra cui granuli di amido veicolanti allergeni in grado di penetrare in profondità nelle vie aeree inferiori con l'aria inalata. Ciò significa che un soggetto affetto solo da rinite allergica da pollini potrebbe sviluppare invece in modo acuto asma bronchiale per l'inalazione, nelle prime fasi di un temporale, di un particolato allergenico molto più piccolo. In altri termini, questi soggetti sviluppano asma perché si trovano ad inalare improvvisamente, mentre si trovano in strada, un aerosol di microparticelle allergeniche di origine vegetale derivante dalla frammentazione dei granuli pollinici.

► "Epidemie" di asma in corso di temporali nelle stagioni primaverili-estive

Tra le varie "epidemie" di asma descritte l'episodio più ampio è stato quello occorso a Londra tra il 24 e il 25 giugno 1994 con oltre 100 visite d'emergenza per ognuno dei diversi ospedali di Londra e della parte sud-occidentale dell'Inghilterra.

Nel corso dell'episodio di Londra fu osservato un aumento del numero dei ricoveri di pronto soccorso in tutto il sud-ovest dell'Inghilterra^(7,9). In particolare, in un lasso di tempo di 30 ore a partire dalle 18:00 del 24 giugno 1994, 640 pazienti con asma e con altre patologie delle vie aeree, dei quali 283 non sapevano di essere asmatici e 403 soffrivano solo di rinite stagionale, si riversarono nei servizi di emergenza medica per asma più o meno grave, in numero circa 10 volte superiore a quello dei pazienti normalmente attesi di 66. Dei 574 pazienti la cui asma era attribuibile al temporale, 104 furono ricoverati, dei quali 5 in terapia intensiva. Questa è stata la più vasta epidemia d'asma correlata ai temporali mai registrata.

Altre epidemie d'asma durante temporali sono state descritte in Australia^(4,19). A Melbourne due

grandi epidemie d'asma caratterizzate da un rapido aumento di visite di pronto soccorso o di visite presso i medici di base per asma sono coincise con un temporale⁽⁴⁾. A Wagga Wagga 215 asmatici si recarono al pronto soccorso in occasione di un temporale e 41 furono ricoverati⁽¹⁵⁾.

Per quanto riguarda l'episodio di Napoli, nella notte del 4 giugno 2004 sette soggetti dovettero ricorrere a cure ospedaliere di pronto soccorso. Tutti i pazienti coinvolti presentavano una sensibilizzazione allergica a Parietaria e non anche ad altri allergeni stagionali⁽²¹⁻²³⁾. Il tre giugno erano stati contati 144 pollini di Parietaria per m³ di aria, mentre non erano elevate le concentrazioni atmosferiche di spore micetiche e quelle degli agenti dell'inquinamento atmosferico sia gassoso che particolato. In quella notte sei adulti che erano in strada ed una ragazza di 11 anni, che era affacciata al balcone di casa, vennero ricoverati in pronto soccorso. In uno dei casi più gravi una donna di 28 anni, con monosensibilizzazione alla Parietaria, evidenziò sintomi di dispnea intensa che peggiorarono rapidamente per una crisi grave di asma bronchiale con insufficienza respiratoria. Fu ricoverata, intubata e trattata con alte dosi di corticosteroidi per via endovenosa, migliorando solo dopo quattro giorni. Questa paziente in precedenza aveva sofferto di asma stagionale primaverile ma era libera da sintomi nella rimanente parte dell'anno e non necessitava di terapia continuativa. Nemmeno gli altri 6 soggetti assumevano regolarmente farmaci anti-asmatici o anti allergici. La Parietaria è una Urticacea, una pianta fortemente

allergenica ampiamente diffusa a Napoli e dintorni con una stagione di impollinazione in primavera-estate che è in parte coesistente con quella delle graminacee^(29,37). I livelli di inquinamento sia per gas che per il particolato basati sulle concentrazioni orarie di ossido nitrico, ozono, e particolato respirabile non erano particolarmente alti tra il 3 e il 4 giugno 2004. I soggetti con sensibilizzazione alla Parietaria che al momento del temporale si trovavano a Napoli all'interno di appartamenti con finestre chiuse durante la notte tra il 3 e il 4 giugno 2004, non presentarono attacchi d'asma. Né muffe né virus furono coinvolti nell'epidemia napoletana.

Al di là di epidemie più o meno estese, esistono comunque segnalazioni di casi singoli di asma insorti in corso di temporali in varie parti del mondo^(24,26,27). Ciò significa che è opportuno focalizzare l'attenzione clinica su questi eventi facendo mente locale alla possibilità che peggioramenti della sintomatologia pollinica, a volte anche con asma grave, avvengano anche in singoli pazienti e quindi in modo sporadico nel corso di temporali, anche senza configurare un evento epidemico.

In tutti gli eventi segnalati non sono stati colpiti soggetti che non erano in strada o che comunque non erano esposti al temporale perché si trovavano in casa con finestre chiuse. Nemmeno hanno avuto evidenti problemi soggetti affetti da asma bronchiale a substrato non allergico.

Due studi basati su vasti campioni in due regioni del Nord America suffragano ulteriormente l'esistenza di casi di asma "da temporale". Ad Ottawa in Canada, nel diparti-

mento di emergenza sono state valutate⁽²⁶⁾ tutte le prestazioni per asma e il loro rapporto con la nebbia, temporali, neviccate e tutte le forme di precipitazione sia liquide che di ghiaccio avvenute tra il 1992 e il 2000. In totale vi furono 18.970 visite tra bambini tra i 2 e i 15 anni e la loro comparsa era associata significativamente con i temporali estivi (OR 1.35, 95% CI 1.02-1.77)⁽³²⁾. Ad Atlanta, USA, su 215.832 visite per asma nel periodo di studio, 24.350 visite d'urgenza presentavano un'associazione con i temporali⁽²⁷⁾. Un'associazione statisticamente significativa fu osservata tra il numero di visite di pronto soccorso e la presenza di temporali ($p < 0.001$), mentre il numero di visite di emergenza per asma era il 3% più alta nei giorni che seguivano un temporale. La quantità di pioggia e le raffiche di vento avevano un ruolo importante, aumentando il rischio di asma nei pollinosici.

► Caso clinico di near fatal asthma "da temporale"

Un caso di "near fatal asthma" correlato a un temporale è occorso in una donna di 36 anni, alla 20^a settimana di gravidanza, affetta da asma stagionale da polline di Parietaria judaica, otto anni dopo il primo episodio e uno dopo un altro episodio meno grave occorso nel maggio 2011. Alla stessa maniera dei due precedenti episodi i sintomi sono apparsi immediatamente dopo l'inizio di un temporale insorto in Napoli il 28 Maggio 2012, durante la stagione pollinica della Parietaria (la concentrazione pollinica era di 36 granuli/m³ di aria il 28 maggio, di 108 granuli/m³ il 27 maggio e oltre 200 granuli/m³ il 26 maggio). La concentrazione at-

mosferica degli inquinanti gassosi e particolati non era elevata. La paziente presentò una grave crisi di asma un paio d'ore dopo essere uscita all'inizio di un temporale; venne portata subito al dipartimento di emergenza dell'Ospedale A. Cardarelli di Napoli dove si tentò di risolvere la crisi asmatica molto grave con vari farmaci (glucocorticoidi, adrenalina, β_2 stimolanti, teofillina). Non avendo avuto miglioramenti con alte dosi di glucocorticoidi iv (2 g di metilprednisolone), nonché adrenalina (1 ml im) ed altri farmaci, dopo 4 ore si dovette procedere all'intubazione ed alla ventilazione assistita previa sedazione e curarizzazione.

Nonostante quattro giorni di terapia con ossigeno 3 litri al minuto, metilprednisolone (2 g/die iv), salbutamolo (una fiala ev), la pCO_2 aumentò progressivamente fino a 103 mmHg. La pO_2 , grazie alla ventilazione assistita, si manteneva superiore ai 100 mmHg. La teofillina, già utilizzata in prima giornata nella terapia di emergenza, venne aggiunta a 240 mg in infusione continua in quarta giornata e la pCO_2 da oltre 100 si abbassò a 90 mmHg. Il miglioramento clinico eclatante, con una normalizzazione dei parametri emogasanalitici, si ebbe però solo dopo l'aggiunta, in ottava giornata, di solfato di magnesio (2 g iv) in infusione per 20 minuti al giorno per quattro giorni. In nona giornata, e quindi già dopo la seconda infusione, la paziente è stata estubata e la terapia corticosteroidica è stata progressivamente ridotta da 1 g/die a 750-500 fino ad essere dimessa, dopo altri 10 giorni di ricovero non più in emergenza, con terapia corticosteroidica inalatoria (fluticasone spray 500 mcg x 2 e metilprednisolone 25 mg comp x 2). Si è evitata

Tabella 1

Osservazioni relative ad interazioni tra temporali e crisi di asma

- 1) Osservazioni di epidemie di asma in concomitanza con temporali durante le stagioni polliniche
- 2) Insorgenza delle epidemie quando le concentrazioni atmosferiche di pollini allergenici sono molto alte
- 3) Stretta correlazione tra fasi iniziali (generalmente la prima ora) dei temporali ed insorgenza di sintomi asmatici in soggetti allergopatici pollinosici (rinitici e/o asmatici)
- 4) Sintomi riferiti solo da soggetti che si trovano in strada ma assenti in chi si trova in luoghi chiusi
- 5) I soggetti con asma più grave sono generalmente quelli che non eseguono una corretta terapia antiasmatica con adeguato uso di farmaci antinfiammatori
- 6) Soggetti con asma ad eziopatogenesi non allergica o anche atopia da sensibilizzazione non pollinica non presentano aggravamento di sintomi pur trovandosi all'aperto
- 7) In concomitanza con le epidemie di asma non è stata osservata presenza di miceti o di virus respiratori e nemmeno di concentrazioni atmosferiche elevate di inquinanti atmosferici sia gassosi (ozono e NO_2) che particolati (PM)

l'aggiunta di beta-2-stimolanti dal momento che la frequenza cardiaca tendeva all'aumento.

Questo caso conferma l'ipotesi che sia il temporale che gli aeroallergeni derivati dai pollini svolgono un ruolo importante nelle esacerbazioni asmatiche a volte anche gravi durante le stagioni polliniche.

► Conclusioni

In conclusione, il caso presente ed una ormai abbondante letteratura dimostrano che un sottogruppo di soggetti con asma bronchiale allergico, verosimilmente di modeste dimensioni numeriche, è a rischio di esacerbazioni asmatiche anche molto gravi se si espongono ad un temporale durante la stagione del polline. Diversi altri soggetti, nelle stesse condizioni climatiche, possono presentare un peggioramento di varia entità delle manifestazioni rinitiche e/o asmatiche.

Sulla base di queste osservazioni e della possibilità che l'umidità ed il temporale possano indurre gli eventi descritti, è opportuno che i soggetti affetti da allergopatia respiratoria da pollini facciano attenzione durante le stagioni polliniche, evitando di stare all'aperto nelle fasi iniziali di un temporale e stiano in casa almeno per la prima ora del temporale. Se si trovano in strada è consigliabile rifugiarsi in un luogo coperto come negozi o portoni di case o anche all'interno di un'auto. Se ciò non è possibile è opportuno almeno evitare profonde inspirazioni coprendo la bocca ed il naso con un fazzoletto. È importante inoltre praticare la terapia antiallergica e quella inalatoria cortisonica nel corso della stagione pollinica. Per la terapia delle crisi asmatiche gravi è consigliabile tener presente l'utilità dell'uso del solfato di magnesio^(29,30).

Bibliografia

1. Packer GE, Ayres JG. Asthma outbreak during a thunderstorm. *Lancet* 1985; ii: 199-204.
2. Suphioglu C, Singh MB, Taylor P, Knox RB. Mechanism of grass-pollen-induced asthma. *Lancet* 1992; 339: 569-72.
3. Knox RB. Grass pollen, thunderstorms and asthma. *Clin Exp Allergy* 1993; 23: 354-9129.
4. Bellomo R, Gigliotti P, Treloar A, Holmes P, Suphioglu C, Singh MB. Two consecutive thunderstorm associated epidemics of asthma in Melbourne. *Med J Aust* 1992; 156: 834-7.
5. Murray V, Venables K, Laing-Morton T, Partridge M, Williams D. Epidemic of asthma possibly related to thunderstorms. *BMJ*, 1994; 309, 131-2.
6. Wallis D, Webb J, Brooke D et al. A major outbreak of asthma associated with a thunderstorm: experience of accident and emergency departments and patient's characteristics. *BMJ* 1996; 312: 601-4.
7. Davidson AC, Emberlin J, Cook AD, Venables KM. A major outbreak of asthma associated with a thunderstorm: experience of accident and emergency departments and patients characteristics: Thames Regions Accident and Emergency Trainer Association. *BMJ* 1996; 312: 601-604.
8. Venables KM, Allitt U, Collier CG et al. Thunderstorm-related asthma - epidemic 24/25 June 1994. *Clin Exp Allergy* 1997; 27: 725-736.
9. Celenza A, Fothergill J, Kupek E, Shaw RJ. Thunderstorms associated asthma: A detailed analysis of environmental factors. *BMJ* 1996; 312: 604-607.
10. Bauman A. Asthma associated with thunderstorm. *BMJ* 1996; 312: 590-591.
11. Newson R, Strachan D, Archibald E, Emberlin J, Hardaker P, Collier C. Effect of Thunderstorms and airborne grass pollen on the incidence of acute asthma in England, 1990-1994. *Thorax* 1997; 52: 680-685.
12. Antò JM, Sunyer J. Thunderstorms: a risk factor for asthma attacks. *Thorax* 1997; 52: 669-670.
13. Newson R, Strachan D, Archibald E, et al. Acute asthma epidemics, weather and pollen in England, 1987-1994. *Eur Resp J* 1998; 11: 694-701.
14. Girgis ST, Marks GB, Downs SH, Kolbe A, Car GN, Paton R. Thunderstorm-associated asthma in an inland town in southeastern Australia. Who is at risk? *Eur Resp J* 2000; 16: 3-8.
15. Marks GB, Colquhoun JR, Girgis ST et al. Thunderstorm outflows preceding epidemics of asthma during spring and summer. *Thorax* 2001, 56: 468-471.
16. D'Amato G, Liccardi G, Viegi G, Baldacci S. Thunderstorm-associated asthma in pollinosis patients. *BMJ* website January 2005 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/309/6947/131/c>).
17. Taylor PE, Flagan RC, Miguel AG, Valenta R, Glosky MM. Birch pollen rupture and the release of aerosols of respirable allergens. *Clin Exp Allergy* 2004; 34: 1591-1596.
18. Knox RB, Suphioglu C, Taylor P, et al. Major grass pollen allergen Lol p1 binds to diesel exhaust particles: implications of asthma and air pollution. *Clin Exp Allergy* 1997; 27: 246-251.
19. D'Amato G. Airborne paucimicronic allergen-carrying particles and seasonal respiratory allergy. *Allergy* 2001; 56: 1109-11.
20. Wardman AE, Stefani D, MacDonald JC. Thunderstorm-associated asthma or shortness of breath epidemic: a Canadian case report. *Can Respir J* 2002; 9: 267-270.
21. D'Amato G, Cecchi L, Liccardi G. Thunderstorm-related asthma: not only grass pollen and spores. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 121: 537-538.
22. D'Amato G, Cecchi L, Annesi-Maesano I. A trans-disciplinary overview of case reports of thunderstorm-related asthma outbreaks and relapse. *Eur Resp Rev* 2012; 21: 124:82-87.
23. D'Amato G, Liccardi G, Frenguelli G. Thunderstorm-asthma and pollen allergy. *Allergy* 2007; 62: 11-16.
24. D'Amato G, Liccardi G, D'Amato M, Holgate ST. Environmental risk factors and allergic bronchial asthma. *Clin Exp Allergy* 2005; 35: 113-1124.
25. D'Amato G, Cecchi L, Bonini S, et al. Allergenic pollen and pollen allergy in Europe. *Allergy* 2007; 62: 976-990.
26. Villeneuve PJ, Leech J, Bourque D. Frequency of emergency room visits for childhood asthma in Ottawa, Canada: the role of weather. *Int J Biometeorol* 2005; 50: 48-56.
27. Grundstein A, Samat SE, Klein M, et al. Thunderstorm associated asthma in Atlanta, Georgia. *Thorax* 2008; 63: 659-660.
28. D'Amato G, Ruffilli A, Ortolani C. Allergenic significance of Parietaria (pellitory-of-the-wall) pollen. In: D'Amato G, Spieksma F, Bonini S, eds. Allergenic Pollen and Pollinosis in Europe. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1991; pp. 113-118.
29. Rowe BH, Bretzlaff J, Bourdon C, Bota G, Blitz S, Camargo CA. Magnesium sulfate for treating exacerbations of acute asthma in the emergency department. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. No.: CD001490. DOI: 10.1002/14651858.CD001490.
30. Jones LA, Goodacre S. Magnesium sulphate in the treatment of acute asthma: evaluation of current practice in adult emergency departments. *Emerg Med J* 2009; 26: 783-5.

La mappa dell'oncologia italiana tra progressi e nuovi problemi

A fronte della crescita del livello assistenziale delle strutture oncologiche, da tempo in Italia si assiste a un ritardo nella disponibilità dei farmaci innovativi, variabile da regione a regione

Nel nostro Paese 2 milioni e 250 mila italiani vivono con una diagnosi di tumore. I nuovi casi nel 2012 sono stimati in 364mila: 202.500 negli uomini e 162.000 nelle donne. Oggi anche i cosiddetti big killer (polmone, colon retto, seno, prostata e stomaco) fanno meno paura, grazie alla diagnosi precoce e alle nuove terapie, tanto che il 61% delle donne e il 52% degli uomini è vivo a cinque anni dalla diagnosi. In Italia abbiamo una rete di 192 strutture assistenziali oncologiche mediche. In ogni struttura si eseguono in media 6.170 visite ambulatoriali all'anno e si effettuano 730 ricoveri con una degenza media di circa 5 giorni. Ogni reparto ha una disponibilità media di 15 posti letto e vi lavorano 6 medici strutturati. Il 94% dei centri è in grado di effettuare TAC, il 66% scintigrafie, il 48% PET. Ci sono stati miglioramenti anche nella disponibilità degli apparecchi per radioterapia, presenti nel 70% delle strutture oncologiche. Questi dati sono contenuti nella "Carta dei servizi dell'Oncologia Italiana - Libro Bianco V Edizione" realizzata dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e presentato al XIV Congresso Nazionale della società scientifica svoltosi a Roma dal 27 al 29 ottobre 2012 (il volume è disponibile online su www.aiom.it). A fronte dei significativi progressi in termini delle strutture assistenziali,

esiste tuttavia un problema legato alla disponibilità dei farmaci oncologici innovativi, diversa da regione a regione a causa dei ritardi dovuti all'ulteriore approvazione di questi trattamenti nei Prontuari Terapeutici Regionali. Gli oncologi chiedono che sia subito applicato senza modifiche il Decreto Balduzzi (DL n. 158 del 13 settembre 2012) che stabilisce l'immediata disponibilità dei trattamenti innovativi in tutte le Regioni dopo il giudizio positivo dell'AIFA senza attendere l'approvazione delle singole commissioni regionali e provinciali ed il successivo inserimento nei Prontuari Terapeutici Regionali, che vanno profondamente ripensati.

L'AIOM ha lanciato un appello alle Istituzioni perché venga immediatamente istituito un tavolo di lavoro con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti. "L'obiettivo - ha spiegato il Prof. Stefano Cascinu, Presidente dell'Associazione - è monitorare l'effettiva applicazione del Decreto Balduzzi e definire il budget annuale dell'oncologia nel nostro Paese. In Italia i farmaci oncologici rappresentano il 25% della spesa ospedaliera per i medicinali, ma incidono solo sul 4% dell'intera spesa nosocomiale. Le esigenze di contenimento della spesa non possono danneggiare i pazienti. Oggi si stanno affacciando nuove armi efficaci contro alcuni tipi di tumori come il

cancro del seno e il melanoma, non possiamo privare i malati di queste opportunità terapeutiche, pur sapendo che anche noi dobbiamo fare la nostra parte, puntando sulla migliore appropriatezza possibile".

Dall'autorizzazione europea di un farmaco alla delibera che ne permette l'immissione in commercio in Italia trascorrono in media dai 12 ai 15 mesi. E ulteriori ritardi sono determinati dai tempi di latenza per la messa a disposizione a livello regionale dopo le approvazioni degli enti regolatori internazionali e nazionali. "E' importante definire bene il concetto di innovatività in campo farmacologico" ha aggiunto il Prof. Carmine Pinto, segretario nazionale AIOM. "In oncologia è per noi legato al vantaggio terapeutico in termini di efficacia rispetto ai trattamenti già esistenti. Per garantire un accesso equo ai farmaci innovativi è necessario costituire un fondo nazionale per l'oncologia che consideri tutte le voci della spesa di questo settore, promuovendo anche un corretto utilizzo degli equivalenti e dei biosimilari. I prontuari e le commissioni regionali del farmaco, che svolgono spesso funzioni simili a quelle dell'EMA e dell'AIFA, hanno ben poca ragione di esistere. Sono fonte di ritardi per la disponibilità delle terapie innovative con potenziali pesanti ricadute per i pazienti e generano intollerabili disuguaglianze fra cittadini".

Prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti

► Le infezioni respiratorie ricorrenti, puntuale osservazione nella stagione autunnale, sono forme a prevalente origine virale (circa l'80 per cento) per le quali la terapia antibiotica non è indicata e sono una delle cause più frequenti di visita dal pediatra. Dal recente XXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria Preventiva, emergono nuove considerazioni su come affrontare questa condizione. "La capacità degli immunomodulanti di ridurre l'incidenza delle infezioni respiratorie ricorrenti – spiega Giuseppe di Mauro, presidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale – è stata confermata da numerosi studi. Le attuali conoscenze sull'immunologia di base hanno chiarito il ruolo dell'immunità naturale nello sviluppo di malattie autoimmuni; questo apre la via a una riflessione sulla possibilità di un uso dei lisati batterici anche nella malattia allergica".

Vitamina D, un ormone di grandi potenzialità cliniche

► Il ruolo principale della vitamina D è sicuramente quello di aiutare il calcio a fissarsi nelle ossa, ma recenti studi hanno anche dimostrato come questa vitamina sia in grado di agire in altri distretti quali muscoli, cuore, polmoni, o sulla proliferazione cellulare, in quanto il suo recettore è presente ovunque nel nostro organismo. Durante il 5th Meeting Skeletal Endocrinology, che l'Università di

Brescia ha ospitato di recente, sono state esaminate le più recenti ricerche sul ruolo della vitamina D, non solo nel metabolismo osseo, ma anche in altri ambiti patologici: prevenzione del diabete di tipo 2, effetto immuno-protettivo, protezione da molte malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco, ipertensione) e respiratorie, suscettibilità alle infezioni.



Teva, in prima linea contro la sclerosi multipla

► Con tre studi, presentati al 28° Congresso del Comitato Europeo per il trattamento e la Ricerca sulla Sclerosi Multipla (ECTRIMS), Teva conferma in suo impegno, ormai ventennale, nella ricerca e sviluppo per fornire trattamenti sicuri ed efficaci in grado di incontrare le esigenze dei pazienti affetti da questa malattia. Si tratta dello studio GALA che ha esaminato efficacia, sicurezza e tollerabilità di glaritamer acetato in pazienti con sclerosi multipla recidivante-remittente, la fase di estensione open label dello studio ALLEGRO, che ha valutato l'effetto di laquinimod sul decorso della malattia in pazienti trattati per tre anni e lo studio TOP MS, il più ampio trial prospettico di fase IV condotto nella SM per la raccolta di informazioni sull'impatto che l'aderenza alla terapia e la progressione dei sintomi hanno sulla salute e sulle attività giornaliere dei pazienti con sclerosi multipla.

“Un nido per tre”: anche a Napoli il rooming-in

► Arriva alla Clinica Mediterranea, struttura ospedaliera accreditata con il SSN, una nuova sala parto 'familiare' dove il neonato trascorre le sue prime ore di vita con i genitori: con "Un nido per TRE" sarà operativo il *rooming-in* integrale in ostetricia, un innovativo modello assistenziale che, secondo alcuni studi scientifici, favorisce una corretta evoluzione delle dinamiche familiari e un equilibrato sviluppo psicosociale del nascituro, anche grazie agli effetti dell'ossitocina, l'ormone che consolida il legame affettivo madre-figlio, la cui produzione nell'immediato post-partum è ai massimi livelli.

Incontinenza urinaria, rassegnarsi è sbagliato

► Secondo la Fondazione italiana continenza si possono risolvere i disagi dell'incontinenza urinaria e migliorare la propria qualità di vita. Una soluzione è rappresentata dalla terapia riabilitativa, che, nel caso dell'incontinenza urinaria, è l'insieme di tecniche non invasive che possono portare alla risoluzione del problema. In Italia esistono centri specializzati nelle cure riabilitative per l'incontinenza urinaria su tutto il territorio nazionale, nelle Unità Spinali, in alcune strutture di Urologia, Fisiatria o Ginecologia.



Video di approfondimento sono disponibili sul portale

www.qr-link.it/video/1312.it

visualizzabili anche con smartphone/iphone attraverso i QR-Code