

M.D.

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

Anno XX, numero 1 - 10 febbraio 2013

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

PROSPETTIVE 12

Nuovo Acn per la medicina territoriale: Smi propone il "Patto-Contratto"

RASSEGNA 24

Depressione e rischio suicidario

RIFLESSIONI 26

Linee guida per la Medicina Generale: focus sullo scompenso cardiaco



Luigi Conte

Segretario generale FNOMCeO

ECM: stato dell'arte e impegni futuri

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

Direttore Responsabile
Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.
Massimo Bisconcin, Claudio Borghi, Nicola Dilillo,
Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin,
Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione
Patrizia Lattuada
Anna Sgritto

Grafica e impaginazione
Manuela Ferreri
Rossana Magnelli

Produzione
Giancarlo Oggioni

Pubblicità
Teresa Premoli
Sara Simone

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

Amministratore unico
Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



CSST CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA



A member of IFAC
International Federation of Associations of Circulation

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.

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

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

ATTUALITÀ

- **Editoriale**
Aggregazione Funzionale Territoriale, pietra angolare delle cure primarie?..... 5
- **Intervista**
Educazione Continua in Medicina, stato dell'arte e impegni futuri 6
- **Proposte**
Il Manifesto per le Cure Primarie 8
- **Indagini**
Cresce l'insoddisfazione per il Ssn 9
- **Contrappunto**
Ricette online, direttiva UE e anomalie italiane 10
- **Prospettive**
Nuovo Acn per la medicina territoriale:
Smi propone il "Patto-Contratto" 11
- **Osservatorio**
Troppe le cattive abitudini dei medici 14

AGGIORNAMENTI

- **Audiologia**
Presbiacusia, un fenomeno legato all'invecchiamento 16
- **Oncologia**
Leucemia mieloide cronica, obiettivo guarigione 17
- **Pneumologia**
Pazienti troppo snob verso le terapie inalatorie 18
- **Rischio cardiovascolare**
Iperuricemia cronica con e senza deposito di urato:
evidenze e prospettive future 19
- **Terapia**
Prevenzione cardiovascolare e inerzia terapeutica:
il caso della ticlopidina 20

CLINICA E TERAPIA

- **Pratica medica**
Le vasculiti in reumatologia 22
- **Rassegna**
Depressione e rischio suicidario 24
- **Riflessioni**
Linee guida per la Medicina Generale:
focus sullo scompenso cardiaco 26
- **Clinica**
Celiachia e patologie glutine-correlate 29
- **Monitor** 30

Aggregazione Funzionale Territoriale, pietra angolare delle cure primarie?

Con le elezioni politiche in corso, il nostro Paese sembra essere entrato in un tempo "sospeso", il tempo delle "aspettative". La possibilità di poter modificare il corso di eventi e decisioni politiche non appare più vana, ma si tinge di futura realtà. D'altronde, direbbe qualcuno, la politica, seppur caduta così in basso, resta sempre un'arte con cui interpretare le esigenze di una comunità e attraverso le leggi soddisfarle. Ed è proprio con questa visuale che si dovrebbero leggere gli innumerevoli confronti sulla sanità tra elettori "interessati" e possibili eletti che hanno animato la campagna elettorale. Ogni schieramento ha sciorinato i propri programmi per rilanciare un Ssn i cui principi fondanti, universalismo, solidarietà ed equità, sono in profonda crisi. Nel frattempo una serie di accadimenti e di decisioni, che difficilmente potranno essere procrastinate, palesano una scomoda verità: per alcuni comparti del nostro sistema sanitario, piaccia o non piaccia, i giochi sono già fatti e indietro non si torna. Questo vale sicuramente per le cure primarie dove le Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft) e le Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp) sono le fondamenta della nuova assistenza territoriale. Aft e Uccp, infatti, sono i pilastri di un recente accordo integrativo regionale, quello della Toscana, siglato per la medicina generale e per gli specialisti ambulatoriali. Un accordo che da alcuni addetti ai lavori è stato assunto come *"modello sensibile alle nuove necessità assistenziali, di ottimo livello, seppur perfettibile..."*.

Le Aft sembrano rappresentare la pietra angolare della riforma delle cure primarie. Almeno questa è la sensazione quando ci si imbatte in titoli di giornali roboanti. Il *Giornale di Vicenza*, per esempio, in un recente articolo, annuncia che *"...il 2013 sarà l'anno della grande riorganizzazione grazie alle Aft"* che saranno pronte *"all'assistenza 24 ore su 24"*. Gli fa eco Il *Mattino di Padova*: *"Si scrive Aft, ma si legge medici di famiglia in rete per offrire il top del servizio"*. Un'enfasi smodata che non fa un buon servizio né all'informazione e, soprattutto, ai medici di famiglia che non sempre si troveranno nelle condizioni di poter offrire ai loro pazienti i servizi assistenziali annunciati a caratteri cubitali. Ci si dimentica che non tutte le Regioni sono in grado di avviare questa "rivoluzione" e non a caso la Toscana ha stanziato 20 milioni per attuare la fatidica "riorganizzazione" del sistema sanitario regionale.

Educazione Continua in Medicina, stato dell'arte e impegni futuri



M.D. ha chiesto a **Luigi Conte**, segretario generale FNOMCeO, componente della Commissione Nazionale per la Formazione Continua e coordinatore delle attività formative della stessa Federazione, di fare il punto sull'Ecm, evidenziando gli elementi innovativi e qualificanti che ne caratterizzano l'intero percorso con uno sguardo rivolto al futuro

► **Anna Sgritto**

Introdotta nel nostro Paese nel 1999 con il decreto legislativo n. 229 (art. 16 bis) e concretamente attivata nel 2002, l'Educazione Continua in Medicina (Ecm) ha più di 10 anni ed è stata caratterizzata da numerose criticità e da interventi normativi di riordino, ma oggi il sistema sembra essere uscito definitivamente dalla fase sperimentale per virare verso una fase a regime all'insegna della qualità. L'accreditamento dei provider, la verifica dell'offerta formativa e il Dossier Formativo sono alcuni *step* di questa svolta.

"Posso decisamente affermare - dichiara **Luigi Conte** - che il progetto Ecm ha superato definitivamente la fase sperimentale. Siamo di fronte ad un sistema stabilizzato in cui, nel tempo, sono stati inseriti alcuni provvedimenti qualificanti. Il primo è l'accreditamento dei *provider*. Non più singoli organizzatori di eventi, formativi, ma Enti che hanno la formazione e l'aggiornamento come *mission* principale e che devono rispondere a dei requisiti determinati dalla Com-

missione Nazionale Ecm. Per i *provider* sono già in corso accertamenti attraverso delle *site visit* per la verifica del possesso dei requisiti richiesti. Altro elemento distintivo è la creazione di un Osservatorio Nazionale e di Osservatori regionali per la valutazione della qualità degli eventi formativi. C'è poi il Comitato di garanzia, Ente di cui si avvale la Commissione Nazionale, che stabilisce la presenza o meno di conflitto di interesse e di trasparenza nei finanziamenti al fine di garantire la qualità dell'evento formativo e l'indipendenza della formazione. Un'ennesima novità è il Dossier Formativo individuale e di gruppo, strumento di programmazione e rendicontazione e verifica ad uso e gestione del professionista. Si è cercato così di assicurare che il processo Ecm non fosse realizzato in modo estemporaneo, ma con una pianificazione dal basso rispondente sia alle esigenze del singolo, in termini di aggiornamento professionale, sia a quelle derivanti dai Piani sanitari nazionali, regionali e dall'organizza-

zione nella quale presta la propria opera lo stesso professionista. Proprio con l'obiettivo di rappresentare la multidimensionalità e la specificità delle professioni sanitarie, per il Dossier si è proposto un sistema semplificato, ma esaustivo, suddiviso in tre macro-aree: competenze tecnico specialistiche, competenze di processo e competenze di sistema. Ciascun professionista, collegandosi al sito del CoGeAPS si può registrare e programmare la sua formazione, modulandola attraverso le tre macro aree e quindi scegliendo i progetti formativi più consoni alle proprie esigenze professionali".

► **A proposito del Dossier Formativo, è stata avviata una sperimentazione per la gestione informatica?**

"Non solo è stata avviata, ma la sperimentazione è quasi ultimata e ha coinvolto le aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Veneto, il Collegio IPASVI di Napoli, l'OMCeO

di Reggio Emilia, due Aziende territoriali della Regione Friuli Venezia Giulia e un Ospedale Religioso Privato della Regione Campania. Al momento siamo riusciti a dare risposte a tutte le criticità che si sono presentate. L'obiettivo è di portare a regime il sistema entro il 2013, contando così su una piattaforma stabile, diffusa e accessibile a tutti".

► **In futuro si punterà di più sulla formazione a distanza e sul campo?**

"Un obiettivo che la Commissione Nazionale si prefigge è quello di valorizzare la formazione a distanza (FAD) e la formazione sul campo. D'altra parte non è possibile pensare di poter organizzare l'Ecm prevalentemente in attività di tipo residenziale. Al momento la FAD rappresenta ancora un aspetto residuale dell'offerta formativa in generale, per cui si ha la necessità di valorizzarla e incentivarla. La FNOMCeO si sta impegnando molto per centrare questo obiettivo al punto di aver deciso di garantire con la FAD almeno il 70-80% del monte crediti annuo".

► **I crediti per il 2011-2013 sono 150, suddivisi in 50 crediti per anno. Molti hanno criticato questa decisione, obiettando che 50 crediti per anno rappresenterebbero un obiettivo difficile da raggiungere...**

"È un'obiezione in cui ci imbattiamo spesso, ma le possibilità per centrare questo obiettivo sono numerose, per esempio, i crediti Ecm sono riconosciuti anche per il tutoraggio che si svolge nei tirocini previsti dagli obblighi di legge, come quelli per i Mmg nei corsi di formazione regionali. oppure il tirocinio per gli infer-

mieri, ecc. (4 crediti formativi per mese di tutoraggio); per le relazioni svolte all'interno di convegni e congressi (2 crediti per ora di relazione o di formazione e un credito per mezzora); per le pubblicazioni scientifiche. Questi crediti non possono però superare il 50% del monte crediti annuale. C'è poi la possibilità di acquisire crediti all'estero, riconosciuti nella misura del 50% a meno che non siano state sottoscritte delle convenzioni particolari con il nostro Paese. Va infatti ricordato che il nostro sistema Ecm prevede una valutazione dell'apprendimento alla fine dell'evento formativo ed è molto attento alla non sussistenza di conflitti di interesse, soprattutto per quanto riguarda le sponsorizzazioni. Questo è un aspetto a cui teniamo molto e che ci contraddistingue e differenzia dagli eventi organizzati in altri Paesi europei".

► **In questi anni la FNOMCeO si è particolarmente distinta per l'impegno profuso sia come garante della qualità del sistema, sia come provider di moltissimi eventi Ecm...**

"Siamo consapevoli di avere un doppio ruolo, ma il nostro obiettivo prioritario resta quello di essere garanti della qualità e della tenuta del sistema. La Federazione è stata tra le prime istituzioni a sostenere la necessità della formazione continua perché ritiene che ogni professionista debba migliorare le proprie *performance* nell'interesse della salute del cittadino e del Ssn. La scelta di essere anche *provider* nasce dalla volontà di poter esercitare un'azione di 'calmieramento' rispetto ai costi della formazione e dell'aggiornamento e di poter così rispondere in maniera più consona all'ob-

bligo che le federazioni professionali hanno nel dover promuovere il miglioramento della qualità professionale dei loro iscritti.

In questi anni la FNOMCeO ha particolarmente puntato sulla formazione a distanza con risultati soddisfacenti: 120.000 sono stati finora i professionisti che hanno partecipato ai nostri corsi FAD. Attualmente stiamo lavorando ad un corso FAD su Cure Palliative e Terapia del Dolore e abbiamo in programma un terzo corso FAD sulla Contenzione, tema di grande attualità e rilevanza clinico-assistenziale. Gli Ordini provinciali invece si sono dedicati ad attività in prevalenza residenziali. Nel piano formativo 2013 sono presenti oltre 150 eventi formativi per i quali FNOMCeO si è assunta la responsabilità di sostenere i costi di accreditamento, in particolar modo a favore dei piccoli Ordini. Non a caso abbiamo istituito *OMCeO in Rete*, uno strumento che automaticamente si pone come riferimento di semplificazione e di sostegno a tutte le attività formative delle singole realtà provinciali e che dà la possibilità agli Ordini provinciali di poter accreditare eventi a livello nazionale. Loro ci forniscono tutti i dati e noi mettiamo a disposizione l'accREDITAMENTO dei singoli eventi e per i piccoli Ordini (fino a 1.500 iscritti) ci accogliamo anche il pagamento dell'onere per l'accREDITAMENTO dell'evento".

www.qr-link.it/video/0113



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

Il Manifesto per le Cure Primarie

La riorganizzazione dei Sistemi sanitari e delle Cure Primarie in Italia e in Europa è stato uno dei temi al centro del primo Congresso Nazionale SIICP, in cui la Società ha presentato un proprio documento programmatico per la ristrutturazione dell'assistenza primaria

Vincenzo Contursi
*Presidente SIICP
 Società Italiana Interdisciplinare
 per le Cure Primarie*

La necessità di un riordino delle Cure Primarie in Italia è un'esigenza non più rinviabile, oggi più che mai in virtù di un crescente divario tra risorse disponibili e domanda di salute, che oltre a creare allarme per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale rischia di mettere in crisi uno dei diritti fondamentali del cittadino qual è il Diritto alla Salute.

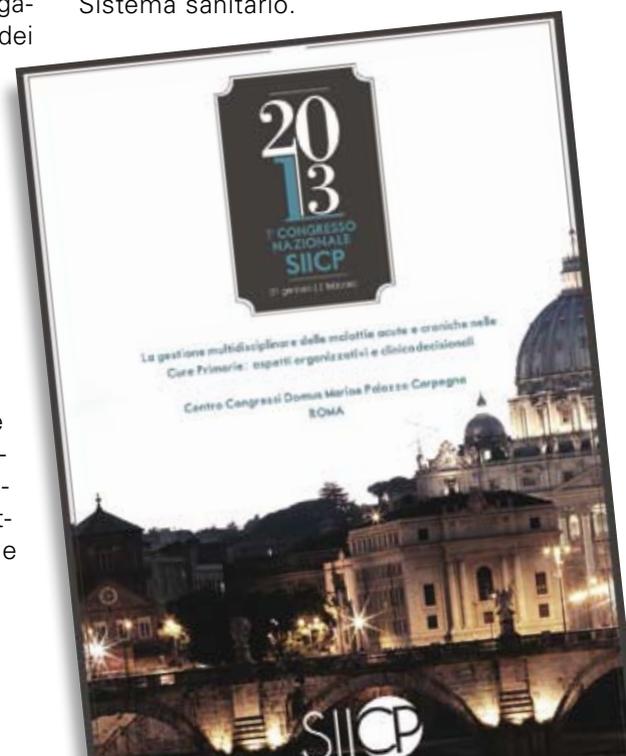
Invecchiamento progressivo della popolazione, prevalenza delle malattie croniche, orientamento alla prevenzione delle malattie ed alla promozione della salute, il continuo progresso scientifico e tecnologico, e non ultimo, la concomitante crescita culturale dei cittadini, hanno cambiato profondamente lo scenario sanitario e i bisogni di salute della nostra società e non solo, facendo emergere importanti criticità, richiedendo quindi un profondo processo di riorganizzazione e ristrutturazione dei Sistemi sanitari.

Tutto ciò implica non solo la messa in campo di nuovi strumenti organizzativi e gestionali, ma coinvolge anche gli standard formativi di tutte le professionalità operanti sul territorio, a cominciare dalla Medicina di Famiglia. Università, Ordine dei Medici, Società scientifiche, Sindacati, Associazioni professionali e rappresentanti del mondo politico si sono confrontati sui temi più caldi ed attuali del dibattito politico-sanitario nazionale



in corso, in occasione del I° Congresso Nazionale SIICP-Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie, tenutosi di recente a Roma.

In quella occasione, la SIICP ha presentato in anteprima il "Manifesto per le Cure Primarie - Introduzione al Documento Programmatico SIICP sulle Cure Primarie" che si pone il fine di affrontare i temi dell'equità, sostenibilità economica, qualità e continuità delle cure e le linee strategiche da seguire per la ristrutturazione delle Cure Primarie e per ridisegnare l'assetto organizzativo del Sistema sanitario.



Cresce l'insoddisfazione per il Ssn

Gli italiani bocchiano il Ssn mentre il 65% dei Mmg crede sia a rischio sostenibilità. È quanto rivelano due indagini, effettuate dal Centro Studi Fimmg e da Doxa i cui risultati sono stati presentati di recente a Roma

Il nostro Ssn è a rischio di sostenibilità finanziaria per il 65% dei Mmg, mentre il 25% ha fiducia nel futuro e crede che, rimuovendo alcune criticità, il suo destino possa cambiare. I cittadini, invece, bocchiano il Ssn dandogli un voto insufficiente (5.7). I livelli di insoddisfazione, però, appaiono molto diversi sul territorio nazionale: se nel Nord-Est e nel Nord Ovest il voto è 6.4, al Centro è del 5.3, mentre al Sud e nelle Isole il giudizio precipita a 4.9. È quanto rivelano due indagini, effettuate dal Centro Studi Fimmg, da Doxa, presentate a Roma nel convegno: *"Allarme sostenibilità del Ssn. Considerazioni e proposte delle forze politiche che si candidano a governare il Paese"*, che si è svolto di recente presso l'Aula dei Gruppi Parlamentari della Camera dei Deputati.

Dal sondaggio del Centro Studi Fimmg, effettuato su un campione di oltre 2.000 Mmg, risulta che 8 medici su 10 (l'82.2%) considerano necessaria una rimodulazione delle funzioni e delle competenze regionali in materia sanitaria. Per il 39% del campione tale rimodulazione dovrebbe essere "lieve" mentre il 43% chiede un intervento decisamente più incisivo. Il 12% giudica necessaria addirittura la completa abolizione delle competenze regionali in ambito sanitario. I medici hanno la consapevolezza che il Ssn debba riorganizzarsi e la metà del campione intervistato è disponibile a ridefinire il proprio ruolo e la propria funzione profes-

sionale. In questa prospettiva, il 92.4% ritiene che la stessa categoria debba proporre soluzioni e ipotesi che siano in equilibrio con le esigenze del sistema, ma anche coerenti con la visione che i medici hanno del Ssn. Il 94.1%, infine, crede che le forze politiche in occasione della campagna elettorale debbano esprimersi con chiarezza su come intendono affrontare una sua eventuale riorganizzazione.

► Il punto di vista dei cittadini

L'indagine Doxa è stata realizzata su un campione di mille cittadini stratificati per età e area geografica. La qualità delle cure è definita cattiva dal 42% del campione (percentuale che sale al 57% al Sud) e per il 76% la responsabilità dei problemi sanitari è da attribuire alla cattiva politica e alla corruzione. Più della metà dei cittadini (il 53%) pensa che le competenze in materia sanitaria debbano tornare sotto la diretta responsabilità dello Stato (una percentuale che sale al 73% al Sud e nelle Isole).

Gli italiani sono contrari all'introduzione di nuovi ticket: l'86% dice no al ticket per accedere al Mmg, il 76% a quello sul Pronto soccorso, l'81% a quello sul ricovero e il 59% sui farmaci. 9 italiani su 10 (l'89%) pensano, inoltre, che i politici candidati alle prossime elezioni debbano essere più precisi e chiari su come intendono affrontare la riorganizzazione del Ssn.

Ricette online, direttiva UE e anomalie italiane

► La firma digitale

La recente direttiva europea stabilisce regole standard per il riconoscimento delle ricette mediche emesse da un altro Stato membro. Queste regole contemplano anche l'obbligo della firma digitale non prevista dal nostro sistema di ricettazione e certificazione online

Entro il 25 ottobre 2013 i Paesi della Ue dovranno recepire le misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse da un altro Stato membro. È quanto ha stabilito la direttiva europea numero 2012/52/UE del 20 dicembre scorso, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* dell'Unione Europea L 356 del 22 dicembre. Il provvedimento stabilisce regole standard per le ricette transfrontaliere atte a consentire ai pazienti europei di ottenere i farmaci ad essi prescritti in qualsiasi Paese della Comunità e definisce le informazioni essenziali che dovranno figurare nella prescrizione per la verifica dell'autenticità da parte dei farmacisti. Il farmaco prescritto dovrà essere indicato con la denominazione generica del medicinale. È consentita l'indicazione del nome commerciale solo nel caso in cui si tratti di un farmaco biologico o se, per fondate ragioni mediche, lo specialista lo ritenga necessario (in questo caso andranno però esposti nella ricetta i motivi che giustificano la denominazione commerciale). Oltre alla data di emissione, la ricetta dovrà recare nome e cognome per esteso e data di nascita del paziente; lo stesso vale per il medico prescrittore di cui si dovrà specificare anche qualifica, recapiti diretti (mail, telefono o fax), indirizzo professionale completo e firma che, in base al mezzo utilizzato per l'emissione della ricetta, dovrà avere forma scritta o digitale.

Ed è proprio sulla firma digitale che si è riaperto il dibattito e si è riposta l'attenzione sulle anomalie del nostro sistema di certificazione e ricettazione online. **Sergio Pillon**, vicepresidente della Società Italiana di Telemedicina e Sanità Elettronica (Sit) commentando positivamente la direttiva Ue ha tenuto a specificare che da tempo la Sit segnala l'anomalia italiana di una ricetta elettronica senza firma digitale, seguita al cosiddetto 'certificato di malattia telematico' che, proprio per la mancanza della firma digitale, può solo rivestire il ruolo di 'comunicazione telematica di malattia'. "Per questo motivo - ha dichiarato Pillon - ci si augura che la recente direttiva europea costituisca lo stimolo giusto per migliorare il sistema della ricetta elettronica inserendo la firma digitale del medico a garanzia e sicurezza dei medici e dei pazienti". A rafforzare questa dichiarazione c'è anche l'allarme lanciato da Anorc, l'Associazione che rappresenta i professionisti e le aziende impegnate nella conservazione e digitalizzazione dei dati. L'Associazione ha sottolineato che, vista la normativa europea, entro ottobre 2013 il nostro Paese dovrà necessariamente rivedere l'intero sistema e la piattaforma utilizzata dal Ssn per le ricette e i certificati online. Secondo **Andrea Lisi**, presidente di Anorc, il tentativo di semplificare le procedure e controllare i dati relativi alla spesa pubblica in campo sanitario, presenta il paradosso di avallare la circolazione di documenti informatici che rappresentano prescrizioni mediche prive dello stesso valore giuridico e probatorio di quelle generate in forma cartacea.



Nuovo Acn per la medicina territoriale: Smi propone il “Patto-Contratto”

Dopo un anno di lavoro la Commissione Assistenza Primaria del Sindacato dei Medici Italiani (Smi) ha presentato il documento sulla convenzione denominato dal sindacato: “Patto-Contratto tra i medici professionisti della sanità territoriale e il servizio sanitario nazionale” in cui si propone un radicale cambiamento anche rispetto a un recente passato

Bruno Agnetti
*Responsabile nazionale
 Assistenza Primaria
 Sindacato dei Medici Italiani (Smi)*

Non più convenzione, ma “Patto-Contratto”, così il Sindacato dei Medici Italiani ha denominato la proposta per il rinnovo dell’Acn per la “medicina generale territoriale”. Il termine vuole evidenziare l’impegno che i medici intendono assumere non solo con lo Stato, relazionandosi con le sue istituzioni, ma direttamente con le persone e con i colleghi che sono la manifestazione concreta e vitale dello Stato stesso; nello stesso tempo con una formula contrattuale si desidera comporre un insieme di regole e di normative estremamente semplici, comprensibili, non soggette a interpretazioni e valide per tutto il territorio nazionale. Il fine è quello di garantire un’erogazione dei servizi sociosanitari flessibili, atti a salvaguardare le caratteristiche della medicina generale: capillarità, accessibilità e stretto rapporto fiduciario tra medico e paziente.

È questo lo spirito con cui Smi ha elaborato la sua proposta che contempla un associazionismo moderato e non esasperato, prevedendo per il Mmg, il riconoscimento dello status di “piccola impresa start up” (figura 1) per poter accedere ad agevolazioni fiscali, detassazioni, detrazioni, incentivi. Il fondamento, la pietra d’angolo, dell’intero documento a cui tutta la proposta si ispira infatti è il team territoriale per affrontare la cronicità e la fragilità (per i sani che sono

grandi frequentatori dell’ambulatorio si continua con il normale sistema già in atto), il riconoscimento al Mmg di stato di piccola impresa, il trasferimento completo di tutte le caratteristiche del governo clinico al team territoriale compresa la rendicontazione, l’auto-controllo e l’auto-governo. Questo non significa abbandono del rapporto convenzionato, ma ristrutturazione delle responsabilità (e del riconoscimento delle responsabilità assistenziali) che vanno alla base e non al vertice della piramide.

Ci sono molti team che lavorano nel pubblico, ma la vera differenza è che nel pubblico i team sono più “burocratici”, dipendono dall’organizzazione aziendale, la selezione dei componenti è strettamente legata alle disponibilità e alle risorse, non sempre è possibile seguire un criterio meritocratico. Così ci si può ritrovare ad operare con colleghi non idonei a lavorare in team e quindi si può manifestare un rallentamento operativo e una riduzione dell’efficienza e dell’efficacia del team stesso. Il team a gestione territoriale deve essere coordinato dal Mmg che sceglie ed attiva i suoi componenti. Per le zone disagiate, dove non è possibile strutturalmente costituire locali unici di gruppo o dove l’organizzazione in aggregazione non può portare effettivi vantaggi per la popolazione anziana o impossibilitata agli spostamenti oppure

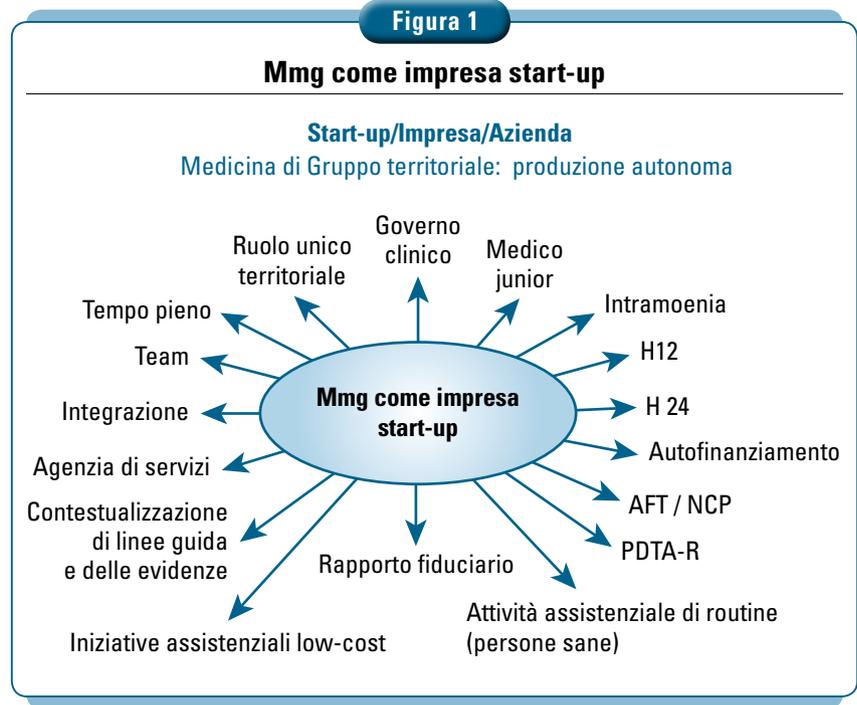
per le piccole realtà sparse sul territorio nazionale, è prevista la costituzione di associazioni/gruppi a varia complessità con stanze/strutture virtuali (con sistemi informatici e di audio-video);

► Nel segno della discontinuità

Il testo dell'accordo redatto dalla Commissione Assistenza Primaria dello Smi e presentato alla direzione nazionale del sindacato è nato proprio con l'intento di modificare profondamente i dettami e le indicazioni contenute nell'art. 8 del D.Lgs del 1992, le successive modifiche, le integrazioni così come tutte le precedenti convenzioni, denominate accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i Mmg, compresa quella sancita nel 2009 e il documento firmato il 10 marzo 2010 definito "ipotesi di accordo". Inoltre nel testo sono riprese e rielaborate le indicazioni emerse dalle normative legislative emanate nel 2012 (Legge di conversione del DL del 31.10. 2012 n. 158).

La discontinuità di questo articolo, rispetto agli Acn pregressi, nasce dalle profonde modifiche socio-sanitarie globali evidenziate dall'oggettività contestuale, descritta dalla letteratura di settore e dall'emergere di nuovi bisogni di salute dovuti all'incremento numerico delle persone affette da patologie croniche e di quelle particolarmente fragili. Si è anche considerato il fatto che l'estrema variabilità applicativa dei precedenti Acn ha finito per aggravare ulteriormente la situazione assistenziale nazionale.

Le proiezioni di crescita economica, quelle inerenti l'invecchiamento della popolazione, l'incremento



della fragilità e della non autosufficienza, l'evoluzione tecnologica esigono una modifica strutturale del sistema sanitario che possa iniziare da subito e contenga prospettive lineari e uniformi a medio-lungo termine capaci di adeguare il Ssn, in particolare la medicina territoriale, alla nuova evoluzione della realtà.

L'intera categoria degli operatori del settore sanitario ha piena consapevolezza dell'insieme delle problematiche che investono il Ssn, è altresì persuasa di veleggiare sulla stessa imbarcazione, di avere problematiche simili, di condividere visioni sovrapponibili e di dover orientare la rotta verso una unica missione.

Da questo punto di vista è possibile già da ora prevedere, per un prossimo futuro, una organizzazione unica (ed un unico sistema contrattuale-previdenziale) composta da medici-clinici-sanitari e

operatori socio-sanitari territoriali ed ospedalieri in grado di agire insieme per mantenere ritta la barra (governare) dell'intero sistema sanitario e offrire alle istituzioni soluzioni sostenibili, innovative, orientate alla crescita produttiva quantitativa, ma allo stesso tempo a un aumento dello sviluppo qualitativo in grado di far fronte rapidamente alle veloci modificazioni sanitarie ed economiche globali; il *problem solving*, risolutore dell'attuale situazione emergenziale sanitaria non può che nascere dalla ricca esperienza formata, negli anni, alla base della piramide gestionale.

► Il congelamento degli Air

Al fine di comporre un riordino temporale tra decreti, normative e delibere molto variegate anche nei contenuti, causa di disecono-

mie e di differenziazioni assistenziali diffuse si auspica un congelamento di tutti gli accordi regionali e locali in essere o in discussione al fine di provvedere, a cura delle Regioni e delle Aziende, a un adeguamento di ogni normativa decentrata all'Acn entro 90 giorni dalla firma dell'accordo stesso.

La stessa Sisac, con un proprio documento del giugno 2012, aveva evidenziato come il continuo sovrapporsi di normative (nazionali, regionali e locali) con scadenze temporali incoerenti ha contribuito ad una difficile comprensione delle disposizioni vigenti, per cui proponeva una semplificazione dei testi, una unificazione di norme e decreti emanati o deliberati in tempi diversi e in zone diverse e una abolizione della farraginosità degli articolati.

Il "Patto-Contratto" propone le condizioni per fare diventare i professionisti della sanità protagonisti pro-attivi e responsabili delle progettualità indicate nell'articolato stesso, finalizzate a riportare il Ssn ed in particolare l'assistenza territoriale a un rinnovato stato di benessere.

In questi ultimi anni è risultato evidente come la posizione ancillare riservata alla clinica abbia provocato un distacco profondo tra il cosiddetto management gestionale e coloro che operano quotidianamente in prima linea. Interessi velleitari, individualistici, edonistici o narcisistici, l'invadenza della politica hanno schiacciato nell'angolo la capacità di leggere la realtà e di guardare ed osservare l'attività lavorativa caratteristica tipica dei professionisti della sanità.

I medici sono stati obbligati all'im-

mobilità, tutte le loro energie vitali sono state soppresse e si sono ritrovati assoggettati a comandi, obbedienze, rigidità, disuguaglianze e ingiustizie.

La cultura della partecipazione e del coinvolgimento non può essere sventolata come vessillo teorico, ma deve essere praticata, deve diventare realtà perché è essenziale per risollevare le sorti del disastro sanitario: il lavoro clinico di prima linea e la responsabilità professionale possono contribuire fattivamente alla solidità del nostro sistema sanitario perché, nell'assistenza sul territorio e nel lavoro a diretto contatto con i pazienti, esistono da sempre criteri di relazioni plurali in grado di comporre ragionamenti volti al futuro.

Sul territorio si possono mescolare i saperi e l'appropriatezza senza che sia dimenticata l'estrema variabilità soggettiva costantemente ricordata dall'attività quotidiana: solo le conoscenze dirette di ciò che si fa possono creare idee innovative da applicare, a volte immediatamente, senza dover attendere incomprensibili passaggi burocratici e infinite catene di permessi che uccidono ogni iniziativa ragionevole ed utile ma esaltano spesso diseconomie e dispersioni di energie.

► Un'opportunità

Al Mmg, nelle sue varie forme operative (ma anche a tutti i colleghi che nel territorio, nei servizi e nell'ospedale operano in prima linea) si presenta comunque una opportunità creata paradossalmente dal dissesto assistenziale/sanitario in atto: diventare imprenditori di se stessi. Non ci si può

Patto/Contratto Smi: le parole chiave

- *Team* integrato multiprofessionale e multidisciplinare per l'assistenza territoriale alla cronicità e alla fragilità
- Associazionismo
- Dipendenza (Medicina dei Servizi e d'Emergenza territoriale 118)
- Mmg come impresa *start-up*
- Affiancamento dei giovani medici
- Governo clinico
- Valutazione delle *performance*
- Collegio del territorio
- Formazione
- Ruolo unico
- Informatizzazione e certificazioni
- Continuità assistenziale/guardia medica
- Medicina dei servizi
- Emergenza territoriale (118)

più permettere attività degradate, mortificate, povere.

La povertà costa troppo cara. Non si può accettare un'attività assistenziale che giochi sempre in difesa, creando confusione tra chi ha responsabilità dirette assistenziali, ben chiaramente individuabile e chi invece si occupa di committenza gravemente scollato dalla realtà e difficilmente inquadrabile nelle sue proprie dirette responsabilità.

Se queste impostazioni dovessero prevalere verrebbe a mancare completamente un'adeguata lettura della realtà e si rischia di continuare a vivere nel "lusso" considerato come bene comune quando invece è un interesse individuale o di poche persone.

Troppe le cattive abitudini dei medici

Da uno studio condotto dall'Associazione Medici Diabetologi sui suoi iscritti, utilizzando il Diabetes Risk Score, emerge uno scenario epidemiologico del tutto sovrapponibile a quello della popolazione italiana. In cui sono presenti sovrappeso, obesità, scarsa attività fisica, terapie insufficienti

Diabete, una malattia metabolica complessa data dall'interazione tra una predisposizione geneticamente determinata e fattori ambientali diversi, nei confronti della quale è possibile operare un'efficace opera di prevenzione. Si tratta sostanzialmente di adottare uno "stile di vita a basso rischio".

Purtroppo questa condotta viene da molti medici ampiamente disattesa. Lo rivela un'indagine condotta dall'Associazione Medici Diabetologi (AMD) sul rischio metabolico dei diabetologi italiani, invitandoli a rispondere al Diabetes Risk Score (DRS). Si tratta di un questionario che è stato validato anche nella popolazione italiana dallo studio IGLOO (Franciosi M, et al. *Diabetes Care*. 2005; 28: 1187-94) che ha messo in evidenza che ponendo il valore soglia ad un punteggio ≥ 9 (lo score va da 0 a 24), si ottiene una sensibilità del test dell'86% e un valore predittivo negativo del 93% per diabete non-diagnosticato e del 77% e 76%, rispettivamente, per la ridotta tolleranza ai carboidrati.

All'indagine hanno risposto 597 medici di entrambi i sessi compresi in un'ampia fascia di età (23% ≤ 44 anni; 33% compresi tra 45 e 54 anni; 40% compresi tra 55 e 64 anni; 4% ≥ 65 anni). Il quadro che emerge non è confortante: infatti circa il 40% dei medici intervistati ha un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 25 e 30 (sovrappeso) mentre l'8% è risultato francamente obeso (>30). Una copia conforme a quanto i dati ISTAT indicano per la popolazione generale. La presenza di almeno un familiare diabetico (di primo o di secondo grado) si evidenzia nel 58% di loro.

Tra le domande, due riguardavano espressamente lo stile di vita: in particolare il consumo giornaliero di frutta e verdura e l'attività fisica, il cui effetto protettivo sull'incidenza del diabete tipo 2 è ormai assodato. Bene, meno della metà dei diabetologi (45%) che hanno partecipato dichiara di svolgere esercizio fisico per almeno 30 minuti al giorno; va sicuramente meglio per quanto riguarda frutta e verdura, consumata giornalmente da più del 90% degli intervistati. Vale la pena ricordare come molti studi hanno dimostrato che medici con sane abitudini personali sono più propensi a incoraggiare i propri assistiti ad adottare tali abitudini e risultano più credibili e più motivanti ai loro occhi. Scade anche il risultato relativo alla terapia medica orale, visto che solo il 25% ha dichiarato di assumere regolarmente antipertensivi. Per quanto riguarda l'accertamento casuale di glicemia elevata questa è stata rilevata dal 10% dei medici. L'analisi dei punteggi complessivi ottenuti con il questionario mostra che circa il 56% dei diabetologi ha totalizzato un valore maggiore o uguale a 9, che li renderebbe sicuramente meritevoli di un esame di approfondimento con il dosaggio della glicemia a digiuno.

La somministrazione del questionario rappresenta un metodo molto semplice ed economico, che non contempla nessuna determinazione di laboratorio specifica ed ha il vantaggio di mostrare una buona resa nell'identificare soggetti a rischio di diventare diabetici. Potrebbe quindi rappresentare un prezioso strumento di screening opportunistico e/o organizzato nella popolazione generale.

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **AUDIOLOGIA**

Presbiacusia, un fenomeno legato all'invecchiamento

■ **ONCOLOGIA**

Leucemia mieloide cronica, obiettivo guarigione

■ **PNEUMOLOGIA**

Pazienti troppo snob verso le terapie inalatorie

■ **RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

*Iperuricemia cronica con e senza deposito di urato:
evidenze e prospettive future*

■ **TERAPIA**

*Prevenzione cardiovascolare e inerzia terapeutica:
il caso della ticlopidina*



■ AUDIOLOGIA

Presbiacusia, un fenomeno legato all'invecchiamento

Con la popolazione che invecchia l'ipoacusia è in continua crescita così come accade per la presbiopia, tanto che si parla di "presbiacusia". Il fenomeno riguarda almeno il 30% delle persone tra i 65 e i 75 anni e addirittura il 50% dopo i 75 anni (con una prevalenza maggiore fra chi abita in città per la presenza di un "carico" di rumore più elevato e costante). Viene considerata un handicap grave, più invalidante di altre problematiche quale, ad esempio, la miopia. Tuttavia, in Italia il problema del rapporto con l'apparecchio acustico viene sottovalutato e l'ausilio è considerato uno strumento utile (per l'81%) ma non indispensabile (per il 90%) e volto a sopperire una 'menomazione'.

A questo proposito bisogna prendere in considerazione il fatto che, essendo l'ipoacusia una patologia strettamente collegata all'avanzare dell'età, il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale costringerà un numero sempre maggiore di soggetti a fare ricorso alla protesi acustica. Diverse le cause: ispessimento della membrana del timpano, degenerazione degli ossicini a essa collegati, riduzione delle cellule e fibre delle vie acustiche che portano i segnali al cervello. La struttura più colpita dall'in-

vecchiamento è la coclea, organo fondamentale per la funzione uditiva dove si trovano le cellule uditive: queste cellule diminuiscono con l'andare degli anni, con un impoverimento che interessa soprattutto quelle che percepiscono i suoni ad alta frequenza, ovvero i toni acuti.

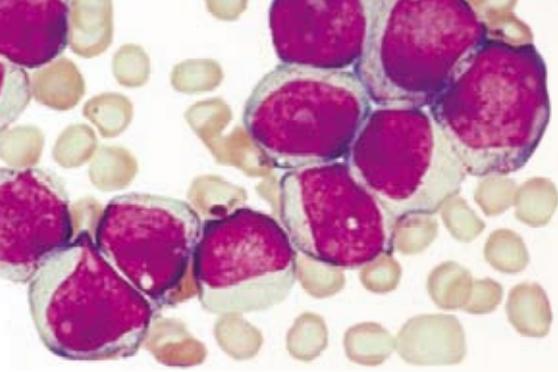
L'esposizione al rumore, le malattie sistemiche che danneggiano l'orecchio (arteriosclerosi, ipertensione, diabete, dislipidemie, cardiopatie), le sostanze tossiche, la predisposizione genetica sono altrettanti fattori che facilitano la comparsa della presbiacusia.

Nella presbiacusia alcuni disturbi segnalano che l'orecchio è in una condizione di sofferenza, per esempio quando il volume dei suoni sembra più basso del normale, quando non si riesce a capire bene il significato dei discorsi delle persone in quanto non tutte le parole vengono udite correttamente ("sento ma non capisco le parole"). Le maggiori difficoltà si hanno con la voce femminile, la voce dei bambini e le consonanti come la "s" o la "z" che sono più acute e l'ascolto diventa difficile soprattutto in ambienti rumorosi o quando più persone parlano contemporaneamente (per esempio a tavola o quando qualcuno parla molto velocemente). Può verificarsi che, dopo l'esposizione ad un

rumore, si avverta una sensazione di ovattamento auricolare oppure può essere presente un fastidioso fischio o ronzio auricolare (acufene).

In caso di sintomi, è opportuno parlarne con il medico di base e fare una visita di controllo da un otorinolaringoiatra o un audiologo. Lo specialista eseguirà: un'accurata anamnesi (terapie farmacologiche in atto, patologie sistemiche, fattori di rischio, esposizione a rumore); una otoscopia (per escludere altre cause di ipoacusia come processi infiammatori a carico dell'orecchio medio o un banale tappo di cerume). Verranno effettuati esami audiometrici. L'esame "tonale" è un'indagine eseguita generalmente dal tecnico audiometrista, che consente di stabilire l'esatta capacità uditiva per i suoni, inviati al paziente per mezzo di una cuffia, all'interno di una cabina insonorizzata. Il risultato, il cosiddetto "audiogramma", rappresenta la soglia uditiva alle varie frequenze. L'esame audiometrico "vocale" permette di verificare la reale difficoltà del soggetto nella percezione delle parole. Il paziente ascolta alcune parole registrate che devono essere ripetute così come sono percepite.

Qualora non corretta, l'ipoacusia può comportare varie conseguenze: difficoltà di comprensione e di relazione con il mondo esterno; isolamento dagli altri, diffidenza, allontanamento dagli amici e dalle proprie attività abituali fino a solitudine e depressione; rallentamento dei tempi di reazione agli stimoli, riduzione della memoria recente, minore concentrazione e attenzione con decadimento cognitivo; maggior probabilità di incidenti stradali.



■ ONCOLOGIA

Leucemia mieloide cronica, obiettivo guarigione

Con l'introduzione di nuove terapie, capaci di interferire direttamente e con maggiore intensità sul meccanismo genetico, diventa realistica per alcuni pazienti affetti da leucemia mieloide cronica la speranza di arrivare a sospendere la terapia perché guariti. Protagonista di questa rivoluzione nella terapia di una malattia che, fino a qualche anno, fa sembrava invincibile e trattabile solo in casi selezionati con trapianto di midollo osseo, sono gli inibitori della tirosinocinasi di seconda generazione, come nilotinib. "La terapia con nilotinib - ha commentato il prof. **Giuseppe Saglio**, Ordinario di Medicina Interna ed Ematologia dell'Università di Torino - Ospedale Universitario S. Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino) - si è, infatti, rivelata in grado di far raggiungere la remissione molecolare completa (la premessa perché la sospensione della terapia possa almeno essere tentata) in una significativa percentuale di pazienti e in tempi molto brevi. Inutile sottolineare che questo avrebbe indubbi vantaggi per la qualità della vita dei pazienti e anche per le finanze del sistema sanitario nazionale. Oggi la sfida è capire bene in quante persone si possa ottenere questo importantissimo risultato, impensabile fino a qualche anno fa".

Questi sono i risultati della strategia

"Path to Cure™", sviluppata per compiere passi avanti nel percorso verso la cura definitiva dalla patologia rafforzando la collaborazione con ricercatori, esperti scientifici ed associazioni di pazienti. L'approccio "Path to Cure™" punta alla ricerca di nuove soluzioni terapeutiche e alla standardizzazione del metodo di misura della risposta alla terapia per raggiungere quell'obiettivo che abbiamo visto essere fondamentale: definire una risposta molecolare ancora più profonda, la risposta molecolare completa.

Inoltre nell'ambito del "Path to Cure™" si sviluppano studi clinici specifici per consentire avanzamenti nelle conoscenze sulla patologia e favorire il raggiungimento dell'obiettivo "guarigione", quando ovviamente questo sia possibile. Ne è un esempio lo Studio ENESTFreedom, che sta prendendo il via in queste settimane e mira a valutare la possibilità di sospensione della terapia con nilotinib e quindi il raggiungimento dell'obiettivo guarigione. Il trial, che dovrebbe concludersi nel 2018, sarà effettuato in molti Paesi del mondo e coinvolgerà inizialmente otto centri italiani.

Oltre ai trial clinici, peraltro, la strategia "Path to Cure™" si basa anche sull'opportunità di studiare con le migliori tecnologie disponibili in ogni regione

del nostro Paese l'evoluzione della malattia. È infatti fondamentale disporre di indagini estremamente sensibili per utilizzare al meglio i farmaci stessi e soprattutto per valutare l'effetto del farmaco sulla malattia.

Questo tipo di approccio è a tutto vantaggio del paziente, che può seguire il trattamento più indicato per il suo specifico caso. È anche grazie a questi test che oggi, nei pazienti che rispondono meglio alle cure, si osserva un'aspettativa di vita paragonabile a quella dei pari età sani.

Un esempio di questo approccio è il progetto Labnet, nato in Italia nel 2007, che coinvolge 40 laboratori in tutta Italia sotto l'egida della SIE (Società Italiana di Ematologia) e gestito dal GIME-MA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche nell'adulto). Rappresenta un'arma di estrema importanza per la gestione della patologia, grazie ad un network di laboratori in grado di assicurare prestazioni di altissimo livello. In pratica grazie a Labnet si mettono in rete una serie di strutture specializzate in biologia molecolare in Italia che effettuano un monitoraggio della risposta molecolare di elevato livello e privo di carico economico per pazienti ed ospedali attraverso metodiche sofisticate standardizzate e di elevata qualità.

www.qr-link.it/video/0113



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

■ PNEUMOLOGIA

Pazienti troppo snob verso le terapie inalatorie

In caso di asma o di BPCO l'erogatore è uno strumento fondamentale di somministrazione delle cure, tuttavia un paziente su tre pensa che con gli spray non ci si curi davvero. Li ritiene una modalità di somministrazione tutto sommato blanda e poco efficace e considera cure più valide ed incisive i farmaci per os o per via iniettiva. È quanto è emerso da un'indagine Doxa sulla gestione delle malattie respiratorie, per la Società Italiana di Medicina Respiratoria (SIMER), Società Italiana di Allergologia e Immunologia Clinica (SIAIC) e Associazione Allergologi Immunologi Territoriali e Ospedalieri (AAITO).

In altre parole, vuol dire che oltre 1 milione di pazienti non ha mai usato gli erogatori e 1.3 milioni hanno smesso di farlo, sottovalutando del tutto la terapia e di conseguenza la "serietà" della malattia; 2.7 milioni assumono invece la terapia per inalazione "a singhiozzo" e, fra questi, 2.2 milioni vi ricorrono quando i sintomi peggiorano e circa 500mila solo in situazioni di emergenza. Appena 1.7 milioni, cioè 1 paziente su 4, assume l'erogatore ogni giorno. Sono dati preoccupanti: un soddisfacente controllo della malattia passa anche attraverso una buona aderenza alla terapia e la scarsa utilità dell'erogatore

è un preconcetto che deve essere superato perché si tratta di un metodo di somministrazione delle cure valido, anche sotto il profilo dell'aderenza consentendo, un soddisfacente controllo dei sintomi e della malattia. L'aderenza al trattamento è direttamente correlata al tempo dedicato al paziente e a quella che si può definire "qualità dell'educazione". Il ruolo sostanziale del medico si conferma anche in caso di necessità di modificare lo strumento per l'inalazione: i pazienti, dopo aver imparato, si mostrano restii di fronte alla possibilità di dover modificare le proprie abitudini di cura. Indubbiamente il cambio di erogatore è un momento critico per il paziente, in modo particolare per quello anziano che però ha fiducia nel proprio medico.

L'enorme spesa per le malattie respiratorie si spiega anche con l'ampia diffusione delle malattie respiratorie in costante aumento. Si calcola che soffrano di asma circa 4 milioni di italiani, con picchi tra i più giovani, e di BPCO ben 3 milioni, di cui la maggioranza over 65: prevalenza destinata ad aumentare anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e di una crescita stimata di queste patologie, al ritmo di 300mila nuovi casi ogni anno. Le

malattie respiratorie si rivelano più frequenti al Sud, con punte che sfiorano l'8% in Basilicata e Calabria. Purtroppo, nonostante il gran numero di malati e gli enormi costi economici di asma e BPCO, la gravità e la diffusione di queste malattie è tuttora sottovalutata dagli italiani: l'indagine Doxa sottolinea infatti che solo i malati e i loro familiari (in nove casi su dieci) hanno davvero compreso che si tratta di patologie invalidanti che possono produrre disturbi molto seri. Appena la metà degli italiani, infatti, ha sentito parlare dell'asma e poco più di 1 su 10 sa che cosa sia la BPCO, terza causa di morte nel mondo ma ancora più misconosciuta: mentre l'asma è al quarto posto fra le patologie note agli italiani, la bronchite cronica scivola addirittura in ultima posizione. Questi dati confermano come sia necessario aumentare la consapevolezza della popolazione nei confronti delle malattie respiratorie, tuttora "cenerentole" poco note: accrescere la conoscenza di queste patologie da parte degli italiani aiuterebbe ad ottenere una migliore aderenza al trattamento con conseguente riduzione dell'impatto sociale di asma e BPCO.

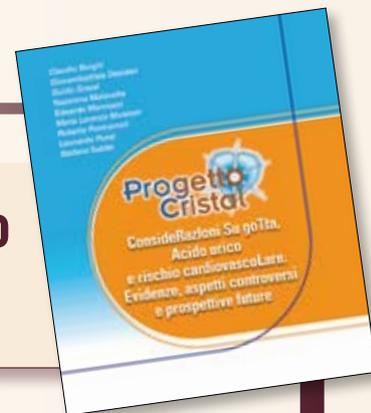
www.qr-link.it/video/0113



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

■ RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Iperuricemia cronica con e senza deposito di urato: evidenze e prospettive future



Il ruolo dell'acido urico (AU), dei suoi livelli plasmatici e dei depositi articolari e tissutali come fattori che possono condizionare lo sviluppo di malattie cardiovascolari e/o metaboliche è oggi oggetto di attivo dibattito.

Tradizionalmente questa sostanza è un elemento correlato allo sviluppo della gotta e uno dei fattori più interessanti è la possibilità di valutare in maniera traslazionale il ruolo dell'acido urico sia dal punto di vista osteorenale sia cardiovascolare, senza che tali elementi si influenzino reciprocamente. In altre parole: per avere un aumento del rischio cardiovascolare da acido urico non è necessario avere un'anamnesi di malattia da deposito di urato.

Per definire lo stato dell'arte della materia e per raggiungere un consenso su quale sia realmente il suo ruolo in ambito cardiovascolare è stato creato il "Progetto Cristal" (Considerazioni Su goTta, Acido urico e rischio cardiovascolare. Evidenze, aspetti controversi e prospettive future) frutto di una collaborazione multidisciplinare tra gli specialisti più accreditati del panorama scientifico, tra cui il Professor **Claudio Borghi**, Ordinario di Medicina Interna dell'Università di Bologna. Uno dei maggiori problemi che si ri-

scontrano nella gestione dei pazienti con malattia cardiovascolare è il cosiddetto "rischio residuo" che può generare complicanze anche se i pazienti sono controllati adeguatamente per i fattori di rischio tradizionali. Identificare se esistono altri elementi che concorrono allo sviluppo di malattia potrebbe permettere un'efficace riduzione del rischio e la possibilità di proporre un trattamento specifico. Dal punto di vista fisiopatologico si è evidenziato come probabilmente non siano i livelli di acido urico i determinanti del rischio, ma sia il meccanismo biochimico che genera i livelli di acido urico che avrebbe un'attività fortemente pro-ossidante, quindi dannosa per la parete arteriosa. In questo ambito si inseriscono anche potenzialità terapeutiche: se è vero che l'aumento di livelli di acido urico genera complicanze cardiovascolari ne consegue che la loro riduzione potrebbe avere un ruolo preventivo.

Lo studio CARES (Cardiovascular safety of febuxostat and allopurinol in patients with gout and cardiovascular comorbidities. *Am Heart J* 2012; 164: 14-20), attualmente in corso, è volto a verificare non solo la capacità degli inibitori della xantina-ossidasi di ridurre i livelli di AU, ma anche di

prevenire l'incidenza di complicanze cardiovascolari in una popolazione di pazienti a rischio.

Inoltre, se si parte dal presupposto che il responsabile del danno vascolare sia il meccanismo biochimico si potrebbero differenziare i diversi farmaci ipouricemizzanti, sulla base del razionale che l'effetto preventivo sarebbe maggiore per quelli in grado di interferire potentemente con il meccanismo biochimico. Nel confronto tra allopurinolo - inibitore "storico" della xantina-ossidasi - e febuxostat - farmaco emergente - i vantaggi appaiono a favore del secondo, perché oltre alla capacità di mantenere più efficacemente i livelli target di uricemia (≤ 6.0 mg/dl) ha la peculiarità di inibire selettivamente la xantina-ossidasi e quindi di frenare la iperproduzione di sostanze pro-ossidanti responsabili della malattia cardiovascolare.

www.qr-link.it/video/0113



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

■ TERAPIA

Prevenzione cardiovascolare e inerzia terapeutica: il caso della ticlopidina

■ **Augusto Zaninelli**

Professore a contratto, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze

Nella prevenzione secondaria dell'ictus cerebrale l'impiego di clopidogrel viene considerato da tutte le principali linee guida internazionali una valida ed efficace opportunità terapeutica. A questa indicazione si affianca il suo impiego, ancora in monoterapia, nella prevenzione secondaria dell'infarto miocardico e, in associazione ad acido acetilsalicilico, nelle sindromi coronariche acute rivascolarizzate o meno con impianto di stent. Clopidogrel infine trova un'altra importante applicazione nei pazienti con arteriopatia obliterante periferica, dove rappresenta il farmaco di prima scelta.

Fin dall'iniziale disponibilità sul mercato di clopidogrel, sia negli USA sia negli altri paesi della Unione Europea, l'impiego clinico di ticlopidina ha visto una inesorabile caduta: cardiologi, neurologi, internisti e tutti gli specialisti vascolari insieme ai medici di medicina generale hanno presto riconosciuto la novità che clopidogrel costituiva. Non così è successo in Italia.

La recente abolizione del piano tera-

peutico, che circoscriveva la prescrizione del farmaco ad ambiti specialistici cardiologici per il trattamento di pazienti con sindrome coronarica acuta che avessero ricevuto o meno il posizionamento di stent coronarico, rappresenta una novità di grande importanza. Ciò, di fatto, rende clopidogrel un principio attivo finalmente disponibile, in tutte le indicazioni previste dalla scheda tecnica, per le prescrizioni a carico del SSN, da parte di tutti i medici.

► **Ticlopidina nella realtà clinica italiana**

Nella realtà prescrittiva del nostro Paese però si osserva la tendenza a continuare a utilizzare ticlopidina, farmaco gravato da problemi di tollerabilità e spesso associato a *compliance* inadeguata, piuttosto che la *best medical therapy* con clopidogrel suggerita dalle linee guida.

Di ciò si rende responsabile il problema dell'inerzia terapeutica, cioè l'atteggiamento di chi, pur nella consapevolezza che il paziente non

stia raggiungendo gli obiettivi del trattamento oppure stia assumendo una terapia obsoleta, non adotta gli interventi atti a risolvere il problema.

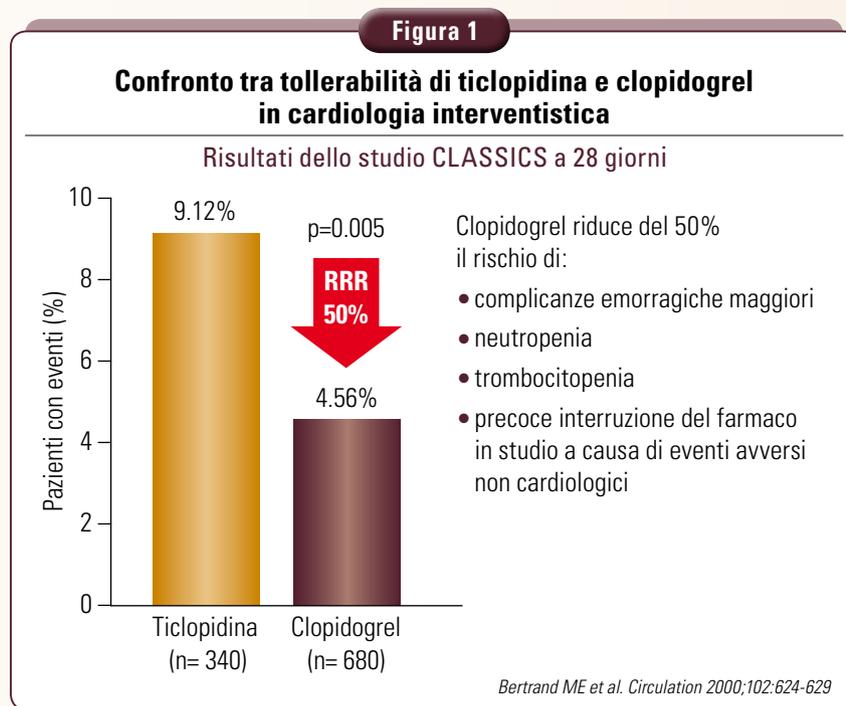
La problematica tollerabilità di ticlopidina comprende effetti collaterali legati a possibile insufficienza epatica e reazioni avverse ematologiche. I principali studi clinici randomizzati e controllati su ticlopidina evidenziano infatti la comparsa di neutropenia, talvolta di grado severo (incidenza complessiva del 2.4% e quella di neutropenia grave con agranulocitosi dell'0.85%), di porpora trombotica trombocitopenica, anemia aplastica, agranulocitosi pancitopenica e trombocitopenia. Per questi motivi i pazienti in trattamento dovrebbero essere regolarmente monitorati con periodici controlli dell'emocromo ogni 15 giorni almeno nei primi 3 mesi e delle transaminasi, cosa che di fatto, avviene in una piccola percentuale di casi.

Un altro fenomeno, che si registra in associazione alla terapia antiaggregante con ticlopidina, è quello della mancata assunzione di una

dose terapeutica adeguata. L'assenza di alternative terapeutiche ha per lungo tempo giustificato l'impiego di ticlopidina e ne ha minimizzato la percezione di pericolosità presso i medici i quali, comunque, nel tentativo erroneo di controllare la comparsa di questi effetti collaterali hanno frequentemente sotto dosato il farmaco. Il trattamento con ticlopidina prevede, infatti, la somministrazione di un dosaggio di 250 mg/die due volte al giorno (500 mg/die) mentre è ormai dimostrato che in Italia si prescrive a dosaggio ridotto - una sola compressa da 250 mg al dì - che inevitabilmente comporta una penalizzazione dell'efficacia stessa del trattamento.

► Inerzia terapeutica, cause e soluzioni

Molte possono essere le cause di inerzia terapeutica. Si va dalla sovrastima delle cure fornite e della loro reale efficacia, ritenendo di stare facendo il massimo e di essere aderente alle linee guida anche quando ciò non è, o che, anche in assenza di una precisa adesione alle indicazioni delle linee guida, i dosaggi e i farmaci prescritti siano realmente efficaci. Altre volte si giustifica l'assenza di un cambio o dell'intensificazione della terapia con motivazioni banali che riguardano il rapporto con il paziente, per esempio il timore che un cambio di terapia allontani il paziente, la mancanza di un tempo adeguato per gestire patologie croniche, per



giungere alla demotivazione, alla medicina difensiva o ad altre carenze culturali e organizzative.

Le possibili soluzioni comprendono la formazione continua del medico, l'organizzazione del lavoro e dei sistemi di cura finalizzati alla gestione di patologie croniche, secondo le indicazioni delle linee guida, l'adozione di strumenti (meglio se elettronici e inseriti nelle cartelle cliniche) che allertino di fronte al problema e suggeriscano soluzioni adeguate, l'utilizzo di sistemi di *feedback* che forniscano una valutazione periodica e dinamica della propria *performance* (indicatori di processo e di esito delle cure), confrontabile con gli standard di cura.

L'abolizione del piano terapeutico

di clopidogrel e l'ampliamento legislativo delle possibilità prescrittive possono rappresentare un utile strumento al superamento dell'inerzia terapeutica, e contribuire a una maggiore diffusione di un trattamento valido, efficace e meglio tollerato per la gestione di questi pazienti (figura 1).

www.qr-link.it/video/0113



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

Le vasculiti in reumatologia

Queste malattie infiammatorie possono essere primitive, dove l'interessamento vasale è la manifestazione principale di malattia, o secondarie, cioè manifestazioni di altre patologie come connettiviti, neoplasie, infezioni. Generalmente le vasculiti vengono classificate sulla base del calibro dei vasi prevalentemente coinvolti e della presenza di anticorpi diretti contro il citoplasma dei neutrofili (ANCA)

Carmine Luongo
Medico di medicina Generale
Specialista in reumatologia
Formia (LT)

► Anamnesi, esami ematochimici e parassitologici

Donna di 68 anni, si presenta all'osservazione lamentando facile stancabilità, astenia, dimagrimento e fastidioso prurito diffuso a tutto il corpo. La paziente presentava all'anamnesi lieve ipercolesterolemia, trattata con simvastatina 20 mg, episodi ricorrenti di ischemia alle estremità degli arti inferiori (che, in talune occasioni, determinavano lesioni simil-necrotiche cutanee) trattata con vasodilatatori e antiaggreganti, episodi asmatici e, da qualche tempo, episodi di lombo-sciatalgia. In seguito alla sintomatologia descritta si prescriveva una serie di esami ematochimici che evidenziavano solamente un aumento degli eosinofili. Per tale motivo, oltre ad iniziare una terapia con anti-istaminici, veniva consigliato un esame parassitologico delle feci, che risultava positivo. Dopo idonea terapia, e nonostante la negatività dell'esame di controllo delle feci, si assisteva ad un ulteriore aumento degli eosinofili. Si richiedeva pertanto una consulenza ematologica che, alla luce degli ultimi risultati dell'emocromo, sottoponeva la paziente ad ago aspirato midollare che risultava comunque negativo.

► Diagnosi

Veniva quindi posta diagnosi di sindrome eosinofila e si consigliava di continuare la terapia antistaminica già in atto, oltre a periodici controlli dell'emocromo.

Dopo qualche settimana, al progressivo aumento degli eosinofili (fino al

32.50% della formula leucocitaria) si associava forte calo delle piastrine (fino a 15000) con insorgenza di porpora a livello degli arti inferiori. Tali reperti, associati alle caratteristiche anamnestiche della paziente, diventavano suggestivi per la presenza di una vasculite, in particolare la vasculite eosinofila di Churg-Strauss.

► Approfondimento diagnostico e terapia

Veniva deciso quindi di sottoporre la paziente ad esami di tipo reumatologico, sia per quanto riguardava gli indici infiammatori che immunologici, che hanno evidenziato aumento della VES e della PCR; positività degli anticorpi antinucleari (ANA), degli anticorpi anticentromero e degli anticorpi citoplasmatici antineutrofili (ANCA). Inoltre, per ricercare ulteriori reperti utili ad avvalorare la diagnosi della vasculite precedentemente menzionata, si sottoponeva la paziente a Rx del torace (*figura 1*) che evidenziava immagine nodulare in sede paracardiaca bassa destra e in parailare destra. Si consigliava controllo con TAC. Alla luce della diagnosi formulata veniva prescritta una terapia a base di corticosteroidi che nell'arco di qualche giorno portava alla risoluzione del quadro radiografico (*figura 2*). Non si osservano addensamenti parenchimali né versamento pleurico bilateralmente. Tale risultato confermava la diagnosi già espressa.

► Discussione

Le vasculiti rappresentano un gruppo di patologie caratterizzate da

Figura 1

Immagine nodulare in sede paracardiaca bassa destra e in parailare destra



Figura 2

Accentuazione del disegno bronco-vascolare



processo infiammatorio e necrotico dei vasi sanguigni, sia arteriosi che venosi, di diverso calibro e a livello di qualsiasi distretto corporeo. L'infiammazione può determinare ostruzione a livello del vaso interessato con conseguenti lesioni ischemico-emorragiche a livello degli organi colpiti fino ad alterazioni aneurismatiche. Esistono varie classificazioni delle vasculiti ma quelle più usate sono le classificazioni in base al calibro dei vasi colpiti oppure in primarie e secondarie (a connettiviti, ad artrite reumatoide, a neoplasie, a infezioni, a farmaci). Tra le classificazioni più usate risulta quella proposta da Lie che suddivide le vasculiti in:

- vasculiti primitive interessanti vasi di grosso calibro (arterite di Takayasu, arterite temporale a cellule giganti, angioite isolata del SNC);
- vasi di medio calibro (poliartrite nodosa, sindrome di Churg-Strauss, granulomatosi di Wegener);
- vasi di piccolo calibro (poliangioite microscopica, porpora di Schönlein-Henoch, angioite cutanea leucocitoclastica);

- vasculiti secondarie (infezioni, connettiviti, neoplasie, trapianti, crioglobulinemia mista).

La patogenesi di tali patologie può essere mediata da 4 meccanismi:

- attivazione di immunocomplessi;
- attivazione dell'immunità cellulo-mediata;
- presenza di anticorpi diretti contro antigeni delle cellule endoteliali;
- presenza di anticorpi diretti contro antigeni dei neutrofili (ANCA).

Per quanto riguarda la sintomatologia, oltre a manifestazioni generali (febbre, perdita di peso, astenia, artralgie o artriti) si associano sintomi secondari a interessamento dei vasi di calibro grosso (*claudicatio*, assenza di polsi periferici, dilatazione dell'aorta, pressione arteriosa diversa tra i due arti), medio (noduli cutanei, ulcere cutanee, *livedo reticularis*, gangrena digitale, mononeurite multipla, microaneurismi), piccolo (lesioni vescicolo bollose, orticaria, emorragie alveolari, porpora, granulomi cutanei).

Nel caso specifico è possibile porre la diagnosi di vasculite di Churg-Strauss, malattia rara caratterizzata

dall'associazione di vasculite sistemica necrotizzante, eosinofilia, asma bronchiale. L'eziopatogenesi non è nota. Un meccanismo potrebbe essere attribuito alla presenza degli ANCA. Le manifestazioni cliniche comprendono sintomi aspecifici e generali (astenia, febbre, perdita di peso) e sintomi specifici (manifestazioni cutanee come porpora e noduli, mononeuriti multiple, manifestazioni articolari). Gli esami possono evidenziare eosinofilia, aumento delle IgE e positività degli ANCA. Alle radiografie del torace si possono evidenziare infiltrati fugaci diffusi o a chiazze.

I criteri classificativi includono:

- asma bronchiale;
- eosinofilia maggiore del 10%;
- mono o polineuropatie;
- infiltrati polmonari transitori;
- anormalità dei seni paranasali;
- infiltrati eosinofili alle biopsie vascolari.

Per quanto riguarda la terapia oltre all'uso dei cortisonici per la sintomatologia acuta, è utile la terapia immunosoppressiva con ciclofosfamide o azatioprina.

Depressione e rischio suicidario

I pazienti con un disturbo depressivo maggiore presentano un elevato rischio suicidario. Il rischio di suicidio dovrebbe essere valutato all'inizio e durante il periodo di trattamento. Se il paziente presenta ideazione suicidaria, volontà di suicidio o un piano preciso in questo senso, è necessaria una stretta sorveglianza. Anche con la massima attenzione possibile, una piccola percentuale di pazienti con disturbo depressivo maggiore compirà probabilmente il gesto suicida

Ferdinando Pellegrino

Psichiatra, Psicoterapeuta, DSM Salerno

Francesco Franza

Psichiatra, Casa di Cura Villa dei Pini Avellino

Sono alcune delle caratteristiche cliniche specifiche che influenzano il piano di trattamento secondo le Linee guida per il trattamento del disturbo depressivo maggiore dell'American Psychiatric Association (APA, 3th, 2010). Queste devono far riflettere sulla necessità di prendere sempre in considerazione il rischio suicidario in un paziente depresso, anche se non espressamente manifesto. La complessità del tema in oggetto ci consente di estrapolare alcune problematiche utili per la comprensione del fenomeno:

- il vissuto di inutilità, la mancanza di progettualità, il senso di "vuoto interiore"
- la conflittualità familiare, il desiderio di "vendetta" e la "rabbia" nei confronti degli altri
- il disadattamento sociale
- la perdita di entusiasmo e il vissuto di tristezza associato ad una visione pessimistica della vita.

Il suicidio nel contesto dei disturbi dell'umore appare pertanto legato alla storia del soggetto, alle sue relazioni genitoriali e sociali, alle sue problematiche lavorative ed affettive, alla natura, gravità ed evoluzione stessa del disturbo depressivo. I disturbi dell'umore rappresentano le patologie psichiatriche più frequentemente associate al suicidio; fino al 15% degli individui affetti da un disturbo depressivo muore infatti per suicidio, mentre molti altri lo tentano. Dal punto di vista clinico appare, pertanto, importante collocare nella giusta posizione nosografica il sintomo depressivo, facendo attenzione ad inserirlo nel contesto storico del

paziente (spesso il suicidio appare come l'atto conclusivo di una lunga, anche inconsapevole, preparazione interiore) e delle sue caratteristiche di personalità. Questo perché la depressione del tono dell'umore è presente anche in disturbi psichiatrici non appartenenti ai disturbi dell'umore propriamente detti, disturbi peraltro di frequente osservazione in medicina generale.

Il clinico deve considerare, quindi, le seguenti opzioni diagnostiche, tutte correlate ad un aumentato rischio suicidario:

- disturbo dell'adattamento con umore depresso
- disturbo acuto o post-traumatico da stress
- disturbi depressivi
- disturbi bipolari.

Nel primo caso si tratta di un'entità clinica molto diffusa e caratterizzata dall'insorgenza di un quadro depressivo (ma spesso si associano sintomi dello spettro ansioso e/o turbe comportamentali) conseguente ad "uno o più fattori psicosociali stressanti identificabili", come la fine di una relazione sentimentale, la presenza di difficoltà economiche, la comparsa di problemi familiari o lavorativi.

I sintomi in genere compaiono entro 3 mesi dall'insorgenza della condizione stressante, appaiono come una reazione "eccessiva" rispetto a ciò che ci si potrebbe aspettare da un soggetto normale in analoghe situazioni e compromettono in modo significativo la funzionalità globale del soggetto stesso. Il disturbo dell'adattamento è molto frequente nella pratica clinica e richiede la massima attenzione da parte del medico.

Nel caso invece del disturbo acuto da stress e del disturbo post-traumatico da stress i sintomi seguono un fattore traumatico estremo "che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce alla propria integrità fisica o a quelle di persone a cui si è affettivamente legati". In queste situazioni possono essere presenti sintomi "di infelicità e disperazione" tali da soddisfare il criterio per la diagnosi di un grave episodio depressivo.

I disturbi depressivi comprendono quadri clinici variegati in cui l'elemento distintivo è rappresentato dalla diversa gravità dell'abbassamento del tono dell'umore unitamente alla compromissione della funzionalità del soggetto. Il più frequente di essi è rappresentato dalla distimia, una condizione depressiva tendenzialmente cronica, che può avere anche un esordio precoce (prima dei 20 anni) e che comporta anche la presenza di sintomi come scarso appetito, alterazioni del sonno, astenia, bassa autostima, difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni, sentimenti di disperazione. Tale condizione, spesso sottovalutata, espone il soggetto allo sviluppo di quadri clinici di maggiore severità (si stima che ogni anno circa il 10% degli individui con solo disturbo distimico andranno incontro ad un episodio depressivo maggiore) e lo rende particolarmente vulnerabile a condotte compensative (abuso di alcolici, eccessivo fumo di sigarette...) o impulsive.

L'episodio depressivo maggiore rappresenta invece il disturbo depressivo per eccellenza; esso si caratterizza per la presenza di un quadro depressivo con:

- umore depresso
- marcata diminuzione di interesse o piacere per la realtà circostante

- perdita di peso
- disturbi del sonno
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- affaticabilità
- sentimenti di colpa
- scarsa concentrazione
- pensieri ricorrenti di morte
- ideazione suicidaria.

Esso colpisce spesso per la drammaticità con cui può manifestarsi, per l'intensità e gravità dei sintomi e per la possibile presenza di manifestazioni psicotiche come deliri e allucinazioni. In questi casi viene richiesta un'attenta sorveglianza e in casi particolarmente seri può rendersi necessario il ricovero, anche coatto, in reparti specializzati.

L'intervento farmacologico deve essere tempestivo, adeguato ed incisivo, considerando l'alto rischio suicidario soprattutto nelle prime fasi della malattia; tale trattamento deve protrarsi per un tempo sufficientemente lungo e diretto sotto stretto controllo medico.

Tuttavia la sorveglianza non deve venir meno neanche quando il paziente comincia a migliorare: in queste circostanze, infatti, può trovare le forze per mettere in atto il proposito suicidario.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per i disturbi bipolari che sono caratterizzati dall'alternarsi di episodi depressivi con episodi ipomaniacali e/o maniacali; anche in questi casi si rende necessario un monitoraggio continuo del quadro clinico ed un trattamento stabilizzante che consenta la prevenzione di nuovi episodi. Non è possibile a tutt'oggi prevenire il suicidio; è possibile invece curare la depressione nella molteplicità delle manifestazioni cliniche.

È importante tuttavia porre attenzione ai fattori di rischio. Dal punto di vista clinico il rischio di suicidio

è, infatti, più elevato nei depressi che presentano:

- manifestazioni psicotiche
- storia di precedenti tentativi di suicidio
- storia familiare di suicidio
- uso concomitante di sostanze, come alcol e droghe
- non adesione al trattamento terapeutico
- mancanza di reale supporto familiare e sociale.

L'impegno del medico di medicina generale può quindi indirizzarsi al riconoscimento della depressione e al suo trattamento; la formazione di una rete di collegamento con la psichiatria territoriale consente di avere un supporto decisionale e di selezionare i pazienti che necessitano di una consulenza specialistica.

► Quando e perché chiedere la consulenza psichiatrica

- Il paziente presenta una sintomatologia depressiva grave
- È associata ideazione suicidaria
- Comorbidità di una elevata componente ansiosa
- Presenza di disturbi che fanno sospettare la concomitanza di contenuti psicotici
- Diagnosi differenziale con disturbi di personalità, disturbi d'ansia e disturbi psicotici
- Il paziente vive da solo o ha una scarsa assistenza familiare e sociale
- Predominano le ruminazioni ossessive sul proprio presunto vissuto fallimentare
- Necessità di intraprendere una terapia antidepressiva complicata da difficoltà gestionali

■ Per approfondire

Pellegrino F, Franza F, Marchese V, Il suicidio, clinica e responsabilità professionale, Mediserve (2013)

Linee guida per la Medicina Generale: focus sullo scompenso cardiaco

Le linee guida internazionali che riguardano le patologie più frequenti dovrebbero far parte del patrimonio di conoscenze di ogni medico di famiglia, che è responsabile della continuità dell'assistenza e della cura delle comorbidità. Inoltre, considerata la necessità di approcci terapeutici interdisciplinari, i medici di famiglia dovrebbero essere coinvolti nella elaborazione delle linee guida stesse

Giuseppe Maso

*Insegnamento di Medicina di Famiglia
Università di Udine*

Articolo redatto per M.D.

e per Italian Journal of Primary Care (IJPC)

Leggere le linee guida per la cura di una patologia significa acquisire certezze, rispondere a domande, porsi delle domande, scoprire aree di incertezza e individuare aree di ricerca. Le linee guida sono redatte da panel di specialisti di una disciplina e molto raramente medici di famiglia e/o altri professionisti delle cure primarie vengono invitati a farne parte. Le linee guida vengono poi divulgate dalle Società Scientifiche attraverso le riviste che le rappresentano e attraverso i loro siti web. Hanno generalmente carattere continentale e vengono diffuse nei vari paesi attraverso le Società Scientifiche nazionali. Le Linee Guida di solito si soffermano maggiormente sui trattamenti farmacologici e sembrano orientate ad un utilizzo "specialistico" ed è proprio questo il setting cui maggiormente si rivolgono. Le linee guida analizzate da un medico di medicina generale mettono spesso in evidenza alcuni aspetti che, solo da questo punto di vista, assumono peculiari caratteristiche. Se osserviamo, ad esempio, le "linee Guida ESC 2012 per lo scompenso cardiaco acuto e cronico" possiamo sicuramente fare alcune considerazioni interessanti.

1 Possiamo leggere: "nei paesi sviluppati circa 1-2% della popolazione soffre di insufficienza cardiaca e la prevalenza supera il 10% nelle persone di 10 o più

anni". La prima considerazione che possiamo fare è che tutti i medici di famiglia hanno pazienti con insufficienza cardiaca per cui le linee guida dovrebbero essere oggetto di ECM, i medici dovrebbero tutti avere competenze ed abilità per affrontare questa patologia.

2 Nella edizione del 2012 è scomparso un paragrafo che era presente nelle linee guida 2008 che recitava: "le linee guida ESC riguardano tutti, pur con diverse economie, i 51 stati membri e per questo sono state evitate raccomandazioni basate sul costo-beneficio. Le politiche sanitarie nazionali e il giudizio clinico ne possono dettare l'ordine di priorità di attuazione. Le raccomandazioni contenute in queste linee guida devono sempre essere considerate alla luce delle politiche nazionali e dei regolamenti locali sull'uso di procedure, farmaci e strumenti". Nonostante queste parole siano scomparse nelle ultime linee guida esse sembrano essere attualissime per il nostro Paese, in cui le risorse vengono tagliate e in cui vengono proposte addirittura linee guida distrettuali. La seconda considerazione che possiamo fare è che indipendentemente dalla competenza medica, le possibilità di trattamento adeguato dello scompenso cardiaco dipendono dalle risorse allocate e dalla organizzazione delle cure e dalla libertà di cura (vedi

piani terapeutici, esenzioni ticket e accesso alla diagnostica).

3 “Le società nazionali di ESC sono invitate ad approvare, tradurre e implementare le linee guida ESC. I programmi di attuazione sono necessari in quanto è stato dimostrato che l’esito della malattia può essere favorevolmente influenzato dall’applicazione approfondita delle raccomandazioni cliniche. ...Le linee guida e le raccomandazioni dovrebbero aiutare i medici a pretendere decisioni nella loro pratica quotidiana ma... in ogni caso, la decisione finale sul trattamento del singolo paziente è responsabilità del medico (dei medici) curante(i)”. La terza considerazione che possiamo fare è che il medico (*physician*) è sempre responsabile (abile a rispondere) della cura del paziente nonostante le linee guida.

4 Si legge: “Ai fini delle presenti linee guida, lo scompenso cardiaco è definito, clinicamente, come una sindrome in cui i pazienti hanno sintomi tipici (per esempio mancanza di respiro, gonfiore alle caviglie, fatica) e segni (per esempio, aumento della pressione venosa giugulare, crepitii polmonari, battito dell’apice cardiaco spostato) dovuti a un’anomalia dell’anatomia o della funzione cardiaca.” I criteri che vengono proposti per la diagnosi riguardano pertanto la presenza di segni e di sintomi per cui non vi è bisogno di particolare strumentazione. Anche l’identificazione dei criteri di suddivisione per classi di gravità dello scompenso (New York Heart Association functional classification based on severity of symptoms and physical activity) non richiede alcuna strumentazione specialisti-

ca. Nella maggior parte dei casi un elettrocardiogramma e il dosaggio del pro-BNP sono sufficienti per confermare e iniziare un corretto trattamento. La quarta considerazione che possiamo fare alla luce delle linee guida è che il sospetto diagnostico e la diagnosi dovrebbero essere materia delle cure primarie nella maggior parte dei casi.

5 “Una volta diagnosticato lo scompenso, gli obiettivi del trattamento sono: alleviare i sintomi, prevenire il ricovero in ospedale e migliorare la sopravvivenza.” Quinta considerazione: gli obiettivi di trattamento individuati dalle linee guida sono obiettivi obbligatori per chiunque operi nelle cure primarie.

6 Le opzioni di trattamento per i pazienti con insufficienza cardiaca cronica prevedono l’uso di diuretici, a cui si possono aggiungere ACE-inibitori, a cui si possono aggiungere beta-bloccanti a cui si possono aggiungere anti-aldosteronici. Tutti i trial condotti su popolazioni di pazienti con scompenso cardiaco hanno preso in considerazione queste categorie di farmaci e ne hanno individuato le dosi efficaci. Tutti i farmaci presi in considerazione fanno parte dell’armamentario terapeutico usato quotidianamente nelle cure primarie. Sesta considerazione: i medici di famiglia dovrebbero essere in grado di trattare la maggior parte dei pazienti con scompenso cardiaco.

7 La gestione delle comorbidità è fondamentale nel paziente con scompenso: “anemia, angina, cachessia, cancro, BPCO, depressione, diabete, disfunzione erettile, iperlipemia, ipertensione, sideropenia, insufficienza renale, obe-

sità, ipertrofia prostatica, disturbi del sonno e gotta” sono le patologie citate dalle linee guida. Settima considerazione: non esiste disciplina medica più orientata alla comorbilità della medicina generale.

8 “Anche se gli obiettivi immediati del trattamento dello scompenso acuto sono di migliorare i sintomi e stabilizzare le condizioni emodinamiche del paziente, nella gestione a lungo termine e nella post-dimissione, è particolarmente importante prevenire le recidive e migliorarne la prognosi. Le raccomandazioni delle linee guida dovrebbero essere particolarmente seguite in pre-e post-dimissione.” Ottava considerazione: la responsabilità della gestione di questi pazienti in pre e post-dimissione è dei medici di famiglia. Un buon controllo del paziente nelle cure primarie riduce ricadute e nuovi ricoveri e aumenta la speranza di vita.

9 Le linee guida forniscono raccomandazioni per la prescrizione dell’esercizio fisico, per l’educazione del paziente e per programmi di cura multidisciplinari. Nona considerazione: la medicina generale è una componente fondamentale dei programmi di cura multidisciplinari ed è il soggetto principale nell’educazione del paziente.

10 “La chiave del successo dei programmi di cura è il coordinamento di tutti i componenti del Sistema Sanitario lungo tutta la storia naturale dello scompenso”. Decima considerazione: la collaborazione e il coordinamento tra tutte le discipline coinvolte nella cura dei pazienti con scompenso sono assolutamente necessari.

11 “Per alcune categorie di pazienti devono essere prese in considerazione cure palliative. Gli aspetti chiave di queste cure sono: frequente valutazione dei bisogni fisici, psicologici e spirituali, attenzione particolare ai sintomi legati allo scompenso e alle comorbidità e pianificazione delle cure terminali compreso il luogo del decesso o di una eventuale rianimazione”. Undicesima considerazione: la medicina di famiglia si deve fare carico delle cure palliative. Per questo ha bisogno di una formazione specifica.

Dalle considerazioni emerse dalla lettura delle linee guida possiamo trarre alcune conclusioni.

Le linee guida internazionali che

riguardano le patologie più frequenti dovrebbero far parte del patrimonio di conoscenze di ogni medico di famiglia. Analizzate quelle sullo scompenso cardiaco, considerata la prevalenza di questa patologia nella popolazione, la relativa semplicità della diagnosi e l’accessibilità della terapia non è pensabile che la medicina generale non se ne faccia ancor più carico. Le cure primarie sono fondamentali per la popolazione che soffre di scompenso e per questo dovrebbero essere dotate di risorse, formazione e informazione e nel contempo dovrebbero essere sottoposte a valutazione. I medici di famiglia dovrebbero far parte, in veste di direttori d’orchestra, di un

team coordinato perché loro è la responsabilità della continuità dell’assistenza e della cura delle comorbidità. Di questo dovrebbero esserne consci sia i medici di medicina generale che i cardiologi. Non solo, considerato che la maggior parte delle patologie richiedono un approccio terapeutico interdisciplinare, i medici di famiglia dovrebbero essere frequentemente coinvolti, per quanto loro compete, nella elaborazione delle linee guida stesse. Questa azione da sola avrebbe una enorme valenza formativa e sarebbe sicuramente un volano per una maggior diffusione e applicazione delle raccomandazioni suggerite dalle evidenze.

Celiachia e patologie glutine-correlate

Sono malattie in costante aumento a livello mondiale, con un allargamento del problema anche nei paesi emergenti per l'occidentalizzazione dei regimi alimentari.

Una review pubblicata sul *New England of Medicine* a firma di due italiani ha fatto luce sulle più recenti scoperte su diagnosi e trattamento

La malattia celiaca è un disordine sistemico immuno-mediato che, in persone geneticamente suscettibili, viene scatenato da una dieta contenente glutine, complesso proteico che si trova nel frumento, nella segale, nell'orzo. La malattia è caratterizzata da un ampio spettro di presentazioni cliniche, una risposta anticorpale specifica e danni di entità varia alla mucosa del piccolo intestino.

In uno degli ultimi numeri del *New England of Medicine* dello scorso anno è stata pubblicata un'ampia review sul tema, che porta la firma di due ricercatori italiani (*New Engl J Med* 2012; 367:2419-26), **Alessio Fasano e Carlo Catassi**, del Centro per la Ricerca sulla Celiachia (CFRC) dell'Università del Maryland di Baltimora, USA. Sono patologie in costante aumento a livello mondiale, con un'incidenza compresa tra lo 0.6 per cento e l'1 per cento nella popolazione generale, con un allargamento del problema anche nei paesi emergenti, come ad esempio Cina e India, dove i regimi alimentari stanno velocemente subendo un processo di occidentalizzazione. Ma se aumenta l'incidenza, molto ancora resta da fare sul fronte delle diagnosi: studi recenti dimostrano come, in Europa, solo il 21 per cento dei casi di celiachia

siano diagnosticati clinicamente.

Ad essere colpito è più spesso il sesso femminile, con una prevalenza del 1.5-2 volte rispetto agli uomini e un familiare di primo grado celiaco (fino al 15 per cento per il fattore di familiarità).

Le persone affette da celiachia presentano una varietà di sintomi gastrointestinali, come diarrea cronica e perdita di peso, e altri sintomi clinici, quali fatica cronica, anemia, rash cutaneo e perdita di coordinamento. In alcuni individui, la celiachia può essere "silente", senza sintomi,

gastrointestinali o di altra natura, e può comportare danni intestinali continui dovuti alla cattiva assimilazione dei nutrienti. Inoltre, è spesso associata ad altre patologie,

tra le principali il diabete di tipo I che è presente dal 5 al 16 per cento dei casi. Nella celiachia, le proteine complesse del grano, della segale e dell'orzo innescano l'attacco del sistema immunitario ai danni dell'intestino tenue. Se non diagnosticata e curata con attenzione, questa patologia può portare allo sviluppo di altre patologie autoimmuni, tra le quali la principale è il diabete di tipo I, ma anche a osteoporosi, infertilità, danni neurologici e, in rari casi, anche al cancro.

La diagnosi iniziale viene affidata agli esami del sangue, con il test dell'anticorpo IgA anti-tTG, in seguito con-

fermata da una biopsia intestinale, procedura che, secondo gli esperti, può essere evitata in alcuni casi pediatrici, se ci sono forti evidenze cliniche e sierologiche di celiachia, evitando sia lo stress emotivo che il dolore di un esame invasivo.

Il trattamento per la celiachia consiste in un'adesione rigorosa ad una dieta senza glutine. Gli esperti consigliano ai pazienti di seguire la dieta sotto la guida di un dietista, al fine di adottare un regime alimentare equilibrato e sano che consideri sia i prodotti gluten free attualmente in commercio, sia gli alimenti naturalmente privi di glutine.

La sensibilità al glutine, infine, è una nuova condizione clinica, inquadrata solo di recente. Ad oggi sappiamo che, probabilmente, è diversa dalla celiachia per quando riguarda la risposta immunitaria e che la sua diagnosi presuppone l'esclusione delle altre patologie glutine correlate, come celiachia ed allergia al grano.



www.qr-link.it/video/0113



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

Prevenzione vaccinale delle malattie da pneumococco

► Dopo aver esaminato i risultati di uno studio clinico in aperto la Commissione Europea ha deciso di approvare l'estensione d'uso del vaccino pneumococcico coniugato, Prevenar 13™ (vaccino polisaccaridico coniugato pneumococcico [13-valente, adsorbito]), a bambini e adolescenti dai 6 ai 17 anni per l'immunizzazione attiva, contro le malattie invasive, le polmoniti e l'otite media acuta causate dallo *Streptococcus Pneumoniae*.

Lo studio, in aperto, di fase 3, condotto su 592 bambini e adolescenti sani (inclusi alcuni soggetti con asma), ha soddisfatto tutti gli endpoint dimostrando l'immunogenicità del vaccino e stabilendo un profilo di sicurezza nei bambini e adolescenti dai 6 ai 17 anni in linea con quello confermato da precedenti studi nei neonati e nei bambini piccoli.

Questo vaccino è stato introdotto in Europa nel dicembre 2009 con la prima indicazione nei neonati e bambini da 6 settimane di vita a 5 anni ed è ora approvato per questo uso in oltre 130 paesi in tutto il mondo.

Iniziativa Perfect, a sostegno dei bambini epilettici

► Poca tempestività nella somministrazione di farmaci d'emergenza a bambini colpiti da crisi convulsive acute prolungate. È quanto emerge dall'Iniziativa PERFECT, di recente pubblicazione (*Eur J Paediatr Neurol* 2013; 17: 14-23). I risultati mettono in luce discrepanze

nelle linee guida e nel quadro normativo generale a livello europeo, che dovrebbero assicurare un trattamento rapido ai bambini con crisi convulsive, sia in ospedale che in comunità. Le raccomandazioni del Comitato Direttivo dell'Iniziativa PERFECT comprendono: l'istituzione di legami tra medico curante, famiglie, scuola per una migliore comunicazione delle informazioni sull'epilessia e la formazione sugli interventi in caso di crisi; linee guida nuove o aggiornate, per assicurare che i bambini con crisi convulsive acute prolungate siano trattati secondo il piano stabilito dal loro medico; piani di trattamento personalizzati per ogni bambino per assicurare i migliori standard di cura possibili per il bambino fuori dal contesto ospedaliero.

Le crisi convulsive acute prolungate possono rappresentare una minaccia per la salute dei bambini affetti da epilessia, un disturbo neurologico che colpisce quasi un milione di bambini e adolescenti in Europa (circa 40.000 in Italia). Le evidenze indicano che il trattamento deve essere somministrato immediatamente se una crisi persiste per più di cinque minuti dall'insorgenza.

Inquinamento, rischi per la salute, misure preventive

► In un libro dal titolo "Aria da morire" Pier Mannuccio Mannucci, tra i più noti ematologi italiani, Direttore Scientifico del Policlinico di Milano e Margherita Fronte, giornalista scientifica offrono un'analisi ampia del problema, mettendo a confronto realtà italiane ed europee. Spiegando le

conseguenze per la salute dell'inquinamento, dalle allergie dei bambini agli infarti, offrendo anche consigli pratici per ridurre i rischi personali. E raccontando quali misure efficaci sono state adottate per limitarne gli effetti.

Dove, come e con quali costi.

Ogni anno si contano almeno 6000 morti all'anno per lo smog nelle città, 3000 per il radon e altrettanti per l'amianto che ancora riveste migliaia di edifici. A questi si aggiunge un numero imprecisato di decessi e malattie legate all'inquinamento indoor e all'ozono. Secondo i sondaggi, gli italiani ritengono l'inquinamento dell'aria la principale minaccia alla loro salute.

Task force contro anemia, complicanze e disabilità

► Si chiama Anemia Alliance Italia ed è una piattaforma multidisciplinare che riunisce esponenti del mondo clinico, accademico e istituzionale, accomunati da una missione: ridurre l'impatto dell'anemia. Il team sta lavorando a un position paper con le prime raccomandazioni trasversali alle diverse aree terapeutiche; verrà organizzato un forum annuale per discutere lo stato dell'arte dell'anemia, oltre a eventi educativi sul territorio per la formazione della classe medica. Anemia Alliance Italia sarà inoltre attiva sul fronte della ricerca, promuovendo studi clinici, epidemiologici e di costo-efficacia.

