

M.D.

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

Anno XX, numero 2 - 5 marzo 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

RIFLETTORI 10

**Toscana: Regione guida
per la sanità?**

PROFESSIONE 11

**Ricette online
tra dispute e contrasti**

RASSEGNA 22

**Clinica psicosomatica
in medicina di famiglia**

Roberto Carlo Rossi

Presidente dell'OMCeO di Milano

**A difesa della qualità dell'atto medico
e della dignità professionale**



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

Direttore Responsabile
Dario Passoni

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

Redazione
Patrizia Lattuada
Anna Sgritto

Grafica e impaginazione
Manuela Ferreri
Rossana Magnelli

Produzione
Giancarlo 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

**FARMA
MEDIA**

CSST CERTIFICAZIONE
EDITORIA
SPECIALIZZATA E TECNICA

A member of IFAC
International Federation of Audit Bureau 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**
Aspettando la Riforma delle cure primarie 5
- **Intervista**
A difesa della qualità dell'atto medico e della dignità professionale 6
- **Tribuna**
L'atto medico va depenalizzato 8
- **Contrappunto**
Il medico di famiglia e il peso delle comunicazioni "burocratiche" 9
- **Riflettori**
Toscana: Regione guida per la sanità? 10
- **Professione**
Ricette online tra dispute e contrasti 11
- **Osservatorio**
Il Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica 13

AGGIORNAMENTI

- **Iperensione resistente**
Nuova tecnologia ablativa per la denervazione renale 16
- **Ematologia**
Cambiano i range di riferimento della conta piastrinica 17
- **Geriatría**
Dolore osteo-articolare nell'anziano:
efficacia delle terapie topiche 18
- **Malattie rare**
Mucopolisaccaridosi di tipo I:
importanza di diagnosi e terapie precoci 19
- **Prevenzione**
Per ridurre i costi delle malattie cardiovascolari bisogna "investire" 20
- **Urologia**
Sintomi urinari da IPB: update delle linee guida 21

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
Clinica psicosomatica in medicina di famiglia 22
- **Clinica**
Le malattie rare polmonari 26
- **Management**
Anziani e strategie per evitare il rischio malnutrizione 28
- **Diagnostica**
Test HPV per lo screening ordinario del tumore del collo dell'utero 29
- **Monitor** 30

Aspettando la Riforma delle cure primarie

Non per tutti è palese, ad eccetto che per gli addetti ai lavori, che in questi ultimi tre anni il nostro Ssn è stato letteralmente rivoluzionato, soprattutto dagli effetti economici di leggi e manovre. Tirando le somme i tagli al comparto salute sono stati ingenti e fortemente penalizzanti. Non è un caso che non ci sia accordo sulle cifre. Secondo le Regioni leggi e manovre degli ultimi tre anni hanno inciso per 34 miliardi, che diventano 31 per la Corte dei Conti e 13 per il Ministero della Salute. Ma la trasformazione del nostro Servizio sanitario nazionale non è ancora conclusa, altre sfide ci aspettano, la partita è ancora aperta anche se i giocatori in campo sono cambiati. Ma chiunque sia l'allenatore sarà costretto a schierare in campo una squadra che parte già con alcuni handicap. Infatti molti dei provvedimenti sulla sanità, varati dal Governo tecnico, sono ancora da attuare e su di essi pesa la mannaia di due leggi di stabilità, il Salva Italia e il Cresci Italia. Leggi che hanno reso e rendono lastricata di ostacoli la strada della Riforma Balduzzi.

Le scadenze con cui le Regioni devono fare i conti sono tante e nel frattempo, con il cambio di Governo in corso chiedono rinvii. Tra queste scadenze c'è la revisione degli accordi sulle cure primarie. Si aspetta la riscrittura dell'atto di indirizzo da parte del Comitato di settore. Fatto sta che a livello mediatico l'assistenza h. 24, asse portante della Riforma delle cure primarie, è stata data come cosa già fatta, mentre tutto procede a rilento. Questa lentezza non allarma Balduzzi perché si dice consapevole del fatto che l'attuazione di quanto stilato nel decreto sarebbe stata problematica. Ma rassicura dichiarando che se le Regioni entro aprile non avranno trovato un accordo il Governo potrà intervenire. Intanto, aspettando la Riforma, gli ultimi Accordi integrativi regionali siglati dalla medicina convenzionata mettono a nudo una serie di criticità sulla riorganizzazione della medicina territoriale con cui bisognerà sicuramente fare i conti.

A difesa della qualità dell'atto medico e della dignità professionale



Roberto Carlo Rossi, presidente dell'OMCeO di Milano, nell'intervista rilasciata a M.D. tiene a sottolineare che la tutela della qualità dell'atto medico e la difesa della dignità professionale sono i principi ispiratori del suo mandato e delle azioni che lo accompagnano. Molte delle iniziative intraprese in questo primo anno della sua presidenza hanno avuto un'eco nazionale come quelle verso l'Enpam in nome di una maggiore trasparenza. Ma ha travalicato i confini meneghini anche la proposta di abolire i concorsi per gli ospedali pubblici e la dichiarazione sulla scarsa competenza pratica dei giovani specializzandi

► **Anna Sgritto**

È trascorso poco più di un anno da quando **Roberto Carlo Rossi** è stato eletto presidente dell'OMCeO di Milano, in questo breve lasso di tempo tante sono le iniziative che hanno contraddistinto l'attività dell'Ordine e che hanno avuto un'eco nazionale. "Tirare le somme del primo anno di presidenza non è impresa facile. Molti sono gli accadimenti significativi e faccio quasi fatica a ricordarli tutti. Sicuramente l'attività esercitata verso il nostro Ente previdenziale, l'Enpam, rappresenta una delle punte di diamante. In primo luogo c'è il ruolo di sorveglianza svolto nel passaggio alla presidenza tra Parodi e Oliveti. Dopo lo scandalo dei derivati, Parodi si era autosospeso. Ma si trattava di un atto anomalo, l'autosospensione non è contemplata dallo Statuto dell'Ente e inoltre avrebbe creato una sorta di limbo tempora-

le che, vista la gravità della situazione, non potevamo proprio permetterci. Così abbiamo preso una posizione netta chiedendo le dimissioni di Parodi. L'elezione di Oliveti ha di fatto segnato una discontinuità, ma ciò non ha distolto la nostra attenzione sulle scelte dell'Ente e in particolare sull'*asset allocation* degli investimenti. L'attuale pacchetto di investimenti dell'Enpam ha ancora al suo interno oltre il 20% di titoli strutturati. Proprio per questo motivo e sulla scia della sentenza favorevole al risarcimento del Comune di Milano da parte di alcuni Istituti di credito, rei di aver proposto contratti con titoli derivati, il nostro Ordine, insieme ad altri, ha invitato l'Enpam a intraprendere azioni legali di recupero verso Enti, Banche e Finanziarie che hanno offerto tali titoli. Sono sempre più convinto della necessità di un dispositivo di legge

che impedisca a Enti previdenziali, siano essi Fondazioni private o Enti pubblici, di acquistare titoli di tale natura. Attualmente ci preoccupano anche le curve attuariali diffuse dall'Enpam che sembrano far aumentare la popolazione attiva e diminuire quella percipiente e passiva. Tali proiezioni sono in netto contrasto con quelle della FNOMCeO che segnalano in futuro una gobba pensionistica significativa che difficilmente potrà essere rimpiazzata, visto l'attuale numero di immatricolazioni in Medicina".

► **La riforma dello Statuto dell'Ente è un passaggio sostanziale dell'auspicato cambiamento?**

"Sì, soprattutto in termini di revisione della rappresentatività. Proprio per questo siamo molto vigili e un po' al-

larmati dal fatto che ancora non ci è dato di capire quale sia la tempistica e le linee guida che accompagnano questo cambiamento. Fino ad ora abbiamo potuto visionare solo una bozza in cui sono sinteticamente esposti gli indirizzi della Commissione designata ad uopo dal Consiglio di Amministrazione. In questa bozza è ancora presente un'egemonia degli Ordini nella vita dell'Ente. Penso invece che una vera riforma passi attraverso una più ampia partecipazione democratica in cui l'elezione del Consiglio di Amministrazione e del presidente dell'Enpam sia il risultato di una consultazione di tutti i medici. In altre parole, c'è bisogno di una riforma strutturale dello Statuto e degli organi statutari dell'Ente che vada nella direzione di una piena rappresentatività degli stessi, legittimati da modalità elettive dirette e non solo mediate dai presidenti di Ordine”.

► **L'Ordine di Milano si è distinto per alcune posizioni assunte su temi professionali di grande attualità...**

“In realtà abbiamo solo dato voce a ciò che molti pensano, per esempio, che i concorsi pubblici così come sono strutturati non vanno bene, sono ormai vetusti e logori, con procedure lunghe, farraginose e costose che non premiano il merito. Nelle strutture sanitarie private accreditate italiane invece si sceglie secondo il merito, ma nel pubblico purtroppo non è così. Per cambiare le cose andrebbero pubblicati i *curricula* dei medici che vogliono concorrere per una certa posizione e dovrebbe essere poi il direttore ad assumersi la responsabilità della scelta e a risponderne. Porteremo questa proposta al vaglio della FNOMCeO, in modo da trovare

una soluzione al problema condivisa a livello nazionale. Per quanto poi concerne il giudizio dato sulla responsabilità professionale e sull'art. 3 del decreto Balduzzi, non si è fatto altro che affermare un concetto condiviso da molti e cioè che quanto definito dal decreto potrebbe paradossalmente incentivare comportamenti difensivi basati sulla scrupolosa applicazione delle linee guida. Inoltre il decreto non risolve neanche il problema dei costi proibitivi delle polizze assicurative, manca l'atteso obbligo delle Asl ad assicurarsi e si lascia così il medico da solo a contrastare spese legali ed eventuali risarcimenti milionari in sede civile, visto che le stesse compagnie assicuratrici considerano svantaggioso assicurare i medici per questi rischi. In tema di formazione, abbiamo posto un problema noto, quello della scarsa competenza pratica dei medici specializzandi, soprattutto, ma non solo, in chirurgia. I nostri corsi universitari, formano molto bene sul piano teorico, meno su quello pratico. Serve quindi un dispositivo di legge che imponga allo specializzando nel corso degli anni di formazione di poter arrivare a firmare referti e realizzare interventi chirurgici in prima persona”.

► **Un'eco nazionale ha avuto anche la posizione espressa sui Creg...**

“Le mie perplessità sui Creg sono ben note sin dai tempi della loro proposta. Secondo me alla base c'è un errore tecnico-concettuale, quello di applicare al territorio ciò che con i Drg, e non senza problemi, è stato già applicato a livello ospedaliero. Ma c'è una sostanziale differenza perché in ospedale si ha a che fare con pazienti acuti, inoltre, introdurre un pagamento per prestazione e quindi un criterio economicistico per i medici di

famiglia presenta molteplici criticità. Nel Drg il pagamento è indiretto, con i Creg invece sono remunerate direttamente prestazioni a *provider*, che sono i Mmg stessi. L'Ordine ha espresso preoccupazioni in merito, evidenziando proprio che questo nuovo percorso assistenziale, che potrebbe portare ad un uso più appropriato delle risorse a disposizione, in alcuni casi potrebbe presentare profili contrari all'etica e alla deontologia. Lo scarso successo della sperimentazione, probabilmente, è da attribuire proprio a questi motivi”.

► **L'Ordine di Milano ha anche attivato uno sportello dedicato ai giovani medici?**

“Sì, si tratta di un servizio di supporto alle difficoltà che purtroppo i giovani medici incontrano quando cercano di varcare le porte del mondo lavorativo. Con lo sportello dedicato si mettono a disposizione consulenze gratuite su: sbocchi professionali, primi passi nella professione, contratti di formazione, assunzioni, problematiche amministrative, ecc. Questa iniziativa si affianca ad altre che l'Ordine offre a tutti i medici come i servizi di consulenza legale e fiscale, uno sportello dedicato alle pari opportunità e alle colleghe in maternità e puerperio, uno dedicato alla Continuità assistenziale nonché uffici e consiglieri esperti in tematiche previdenziali”.

www.qr-link.it/video/0213



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

L'atto medico va depenalizzato

Per far fronte ai danni crescenti della medicina difensiva è necessario che l'errore medico, quando avviene nonostante si operi in scienza e coscienza e nel pieno rispetto della deontologia professionale, vada depenalizzato senza inficiare l'eventuale diritto ad indennizzo in sede civile

Francesco Falsetti
 Presidente Unione Medici Italiani

Abbiamo presente quello che è successo la notte tra il 31 gennaio e il 1° febbraio? È bastato un "tweet" e un intero Paese ha trascorso la notte fuori casa. Non è stato l'ennesimo *flash mob*, ma l'annuncio dato via *twitter* dal Comune di Castelnuovo Garfagnana, fatto passare di bocca in bocca, dopo un comunicato della protezione Civile Garfagnana, che paventava un rischio di sisma con epicentro nella zona. Il terremoto, fortunatamente, non c'è stato, qualche malumore sì. Eccesso di zelo o giusta precauzione? Difficile dirlo a priori, quello che è certo è che gli esperti sismologi sono meno sereni nel valutare rischi anche aleatori dopo la sentenza del Tribunale dell'Aquila, che ha condannato penalmente sette membri della Commissione Nazionale Grandi Rischi. Intanto i cittadini di Castelnuovo hanno passato una notte turbolenta e il Comune ha dovuto gestire una situazione di emergenza.

► Lo scudo della medicina difensiva

È un po' quello che succede, in maniera meno eclatante, ma di sicuro con maggior frequenza, quando i medici eccedono nelle prescrizioni di esami indagini diagnostiche. E lo fanno non per reali ragioni diagnostiche, ma per tutelarsi dal rischio di essere coinvolti in cause penali o civili per errori o omissioni che - nella migliore delle ipotesi - rappresentano una perdita di tempo, un notevole esborso economico e una fonte di preoccupazione, che peggiora la qualità del lavoro del medico, a danno di tutti gli altri suoi pazienti. Sia

chiaro, non ci si riferisce ai veri casi di malasanità (e non di mala amministrazione sanitaria), ma a occasioni in cui un medico - pur operando in tutta coscienza, nel bene del paziente e applicando al meglio le sue conoscenze - semplicemente non riesce a individuare la ragione di qualche problema di salute. Perché la medicina non è una scienza esatta, l'organismo è tutto fuorché una macchina perfetta e un esame dirimente per 999 individui, sul millesimo può non riuscire a individuare alcunché. Allora cosa fa il medico, che teme, in un caso del genere, di essere coinvolto in caso giudiziario? Cerca di operare in modo da dimostrare di aver fatto tutto il possibile per individuare la causa di sintomi poco chiari. In pratica - invece di fidarsi della sua esperienza professionale - prescrive esami su esami, in cerca di una certezza che non sempre si potrà avere. Il risultato? Per il cittadino, probabilmente, una falsa sicurezza; per il Ssn costi enormi per tutelare non la salute del paziente, ma la tranquillità del medico. Non sarebbe, invece, meglio ricostruire quella fiducia che un tempo la popolazione nutriva nei confronti dei medici e di far comprendere che, nostro malgrado, in medicina è impossibile eliminare totalmente il rischio che non tutto vada per il verso giusto? È quello che l'UMI (Unione Medici Italiani) auspica e cerca di perseguire, sostenendo che l'errore medico, quando avviene nonostante si operi in scienza e coscienza e nel pieno rispetto della deontologia professionale, vada depenalizzato senza inficiare l'eventuale diritto ad indennizzo in sede civile.

Il medico di famiglia e il peso delle comunicazioni “burocratiche”

Le norme, le limitazioni, le regole prescrittive, le influenze dei vari uffici sono diventate talmente numerose da complicare in maniera irreversibile il nostro lavoro quotidiano

Giuseppe Maso

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

Quando nacquero i Distretti socio-sanitari e all'interno delle Aziende socio-sanitarie furono individuati i responsabili per la medicina generale convenzionata ci si aspettava, e probabilmente ci si proponeva, un grosso aiuto per medici di famiglia. Si sperava che qualcuno non solo ci chiedesse quali fossero i nostri problemi e quali difficoltà incontrassimo nell'esercizio della professione ma che si sarebbe adoperato per risolverli. Attendevamo che qualcuno ci dicesse: “Come posso aiutarti a fare il medico nel migliore dei modi, a risolvere in modo efficace i problemi dei pazienti e a sgravarti dalle incombenze burocratiche?”. Purtroppo è successo il contrario, col tempo ci è stato detto che avremmo dovuto demandare al Distretto funzioni prettamente mediche (vaccinazioni, certificazioni, prescrizione di ausili ecc.) mentre avremmo dovuti farci carico di funzioni prettamente burocratiche come l'applicazione corretta di una miriade di esenzioni per reddito e per malattia (che non avremmo dovuto diagnosticare noi ma la cui diagnosi avremmo dovuto delegare allo “specialista”). Le norme, le limitazioni, le regole prescrittive, le influenze dei vari uffici sono diventate talmente numerose da complicare in maniera irreversibile

la professione. E tutto questo si è aggiunto ad un continuo lavoro burocratico, fiscale e di “manutenzione” informatica pesantissimo. Nel corso degli ultimi anni le strutture che avrebbero dovuto facilitare la nostra professione sono diventate delle entità da cui difendersi. A dimostrazione di quanto pesi la sola comunicazione (in un unico senso) sulla attività quotidiana di un medico, ho raccolto quanto - solo per il mittente Ulss (ed è ovvio che non è l'unico mittente) - è giunto sulla mia scrivania, per posta normale o elettronica in un anno, dal primo di gennaio al trentuno dicembre 2012 (tabella 1). Molte di queste comunicazioni contenevano pesanti allegati di circolari, decreti legge o direttive regionali. Se non contiamo le festività e i periodi di ferie, praticamente ho ricevuto una comunicazione al giorno. Tutto questo accade in un momento in cui si sta delegando sempre di più alle cure primarie e le richieste dei pazienti si sono fatte sempre più numerose e pressanti. Laureati in Medicina, dirigenti, impiegati che pensano che i medici di famiglia siano “degli impiegati di sanità” e che pur avendo una scarsa idea di quello che viene richiesto quotidianamente ai medici di famiglia, ci ricordano (spesso indipendentemente dalla loro volontà) che dobbiamo prescrive-

re in un certo modo, ci inviano report di dubbia utilità, ci invitano a rivedere e ripulire archivi di dati, a controllare esenzioni ticket e ci ricordano che è finito il caldo. Intanto noi lottiamo quotidianamente per le assurde modalità di richiesta di prestazioni specialistiche, per i tempi di attesa, per le variazioni del Prontuario terapeutico e per le richieste senza senso, spesso indotte, di molti pazienti. Naturalmente continuiamo anche a curare gli ammalati, a fare diagnosi e a impostare terapie.

Tabella 1

Un anno di avvisi e informazioni

Provenienza	Numero di comunicazioni
Dipartimento di prevenzione	8
Servizio farmaceutico	6
Nome e cognome di funzionario	10
Centro screening	1
Ufficio cure primarie	54
Distretto	6
Dipartimento risorse umane	1
Ufficio convenzioni	18
Sistema informativo	4
Ulss	3
Ufficio relazioni pubblico	1
Dipartimento salute mentale	2
Dipartimento di geriatria	5
Totale	119

Toscana: Regione guida per la sanità?

La riforma delle cure primarie, avviata di recente dalla Regione, ha segnato uno spartiacque tra gli addetti ai lavori: c'è chi la esalta e chi al contrario ne sottolinea i limiti

Il progetto di riorganizzazione del sistema sanitario della Toscana - varato con la delibera regionale di fine dicembre 2012 - e gli accordi integrativi firmati di recente per la medicina convenzionata sono fonte di dibattito e divisione tra i rappresentanti di categoria e gli esperti del settore. Per alcuni il modello toscano è un "modello guida", sensibile alle nuove necessità assistenziali, per altri, invece, depotenzierebbe l'integrazione tra medicina di primo e secondo livello, creando problemi nel sistema dell'emergenza/urgenza e smantellerebbe del tutto la continuità assistenziale. A pensarla così è il Sindacato dei Medici Italiani (Smi). Il segretario regionale, **Raffaele Gaudio**, definisce i progetti avanzati dalla Regione "fortemente pregiudiziali per il Ssr, per i medici e per la tutela della salute dei cittadini perché punta alla precarizzazione dei medici e a diluire la continuità assistenziale nel 118, fino all'eliminazione della cosiddetta guardia medica. Parlare di continuità dell'assistenza per una copertura h 16 come si fa in Toscana, invece che h 24, significa, di fatto, togliere un servizio alla cittadinanza e far perdere molti posti lavoro".



► Le Aft e la sperimentazione h 16

In effetti, nel nuovo accordo integrativo regionale (Air) per la medicina convenzionata, firmato di recente, si prevede che in via sperimentale la continuità assistenziale di tipo tradizionale possa essere limitata a un arco di ore ricompreso fra le 20 e le 24. Dalle ore 24 alle

ore 8 il Ssr garantirebbe le urgenze (tramite il 118 e il circuito ospedaliero). Tale organizzazione dovrà essere realizzata attraverso obiettivi intermedi concordati a livello aziendale. Le ore liberate, nel comparto a rapporto orario, saranno utilizzate dall'Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft), in attività diurne.

La Regione punta molto sulle Aft tanto è vero che nell'Air si legge: *"L'Aft risponde agli obiettivi di garanzia assistenziale che Regione Toscana e la Medicina Generale condividono ed è la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di continuità assistenziale. Nell'ambito della Aft sarà possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale. L'Aft, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo"*.

La realizzazione delle Aft e delle Uccp (Unità complesse di cure primarie), l'estensione progressiva della sanità di iniziativa e del *Chronic Care Model*, il contenimento delle liste di attesa sono infatti gli aspetti salienti dell'accordo integrativo regionale. L'accordo si inserisce nel progetto di riorganizzazione del sistema sanitario toscano avviato con la delibera n. 1235 del 28.12.2012 per il quale la Regione ha stanziato una somma di 20 milioni di euro, di cui 13 da riservare all'implementazione delle azioni concernenti il riassetto del territorio.

Ricette online tra dispute e contrasti

Dal Piemonte alla Sardegna gli accordi regionali con i Mmg per la trasmissione telematica delle prescrizioni generano polemiche e discussioni

In Puglia i Mmg protestano e propongono il blocco dell'invio delle ricette elettroniche

E intanto in Puglia la Fimmg ha annunciato lo stato d'agitazione attraverso il blocco della trasmissione online delle ricette. I motivi della protesta, secondo quanto si legge nella nota sindacale, sono da attribuire "alla mancata attivazione dei servizi territoriali, indispensabili all'indomani della chiusura degli ospedali. I cittadini pugliesi sempre più lamentano difficoltà a ottenere le prestazioni nei tempi e nei modi dovuti. Tutto ciò ha causato un abbassamento dei livelli essenziali di assistenza, delle cure territoriali e domiciliari".

Non ci si oppone all'avvento della ricetta online, ma all'onore economico e lavorativo richiesto ai medici di medicina generale per poterlo realizzare. Lo dichiara a chiare lettere il presidente regionale di Snam Piemonte **Mauro Grossociponte** sottolineando che i Mmg sono responsabilmente pronti ad aderire al progetto "ricetta elettronica", normata per legge, ma pretendono che altrettanto responsabilmente la Regione rispetti le norme in essere e metta in condizione i Mmg di ottemperarvi a costo zero facendosi carico di installare idonee linee di trasmissione e fornire i computer, le stampanti e tutto ciò che occorre per andare a regime. "Abbiamo concordato anni fa con la Parte pubblica - ha precisato **Grossociponte** - una indennità per interloquire con la Regione solo per posta elettronica, eliminando di fatto il cartaceo, abbattendo così drasticamente i tempi di attesa e con un risparmio economico importante per le casse delle Asl.

Oggi si vorrebbe distogliere quei fondi per intervenire in parte sul progetto ricetta elettronica".

► La fronda Fimmg

In un'altra Regione, la Sardegna, le sezioni provinciali Fimmg di Cagliari e Sassari si sono schierate contro l'accordo ponte per l'attuazione del progetto Medir - Medici in rete, siglato di recen-

te dalla segreteria regionale della Fimmg.

Secondo la Fimmg di Cagliari e Sassari, tale accordo consegnerebbe alla classe medica un ulteriore aggravio di lavoro in cambio di un tozzo di pane. "Infatti - si legge nel comunicato di Fimmg Sassari - se come tutti sappiamo l'avvento della ricetta elettronica è un fatto ineluttabile, l'auspicio che a fronte di questo nuovo impegno vi fosse un adeguato compenso era aspettativa legittima di ognuno di noi".

L'accordo siglato è parte integrante del progetto per la diffusione su tutta l'Isola del Sistema informativo sanitario integrato regionale (Sisar), che prevede la creazione di una infrastruttura telematica grazie alla quale i medici potranno inviare i dati su prescrizioni e prestazioni ai sistemi informatici della Regione e potranno consultare il Fascicolo sanitario elettronico dei propri pazienti.

Il passo successivo è la ricetta telematica. "Purtroppo - continua la nota sindacale - gli 0.80 centesimi di euro che avremo con la firma dell'accordo erano già previsti dall'Acn, l'avvio della ricetta elettronica comporterà pertanto un aggravio di lavoro, costi relativi all'adeguamento dei personal computer, per i vari problemi che l'informatica pone e che possono essere risolti solo da personale specializzato, nonché costi di manutenzione".

Il Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica

Nel processo che dovrebbe portare all'impostazione di una relazione terapeutica, fatta di dialogo e continuità assistenziale, si evidenzia sempre più la necessità di coinvolgere tutti gli attori del settore, dai Mmg, agli specialisti, agli infermieri, ai farmacisti, ai caregiver, fino allo stesso paziente. Con questo obiettivo è nato il "Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica sul territorio italiano"

Presentato in Senato, durante un Convegno promosso dall'Associazione Parlamentare per la Tutela e la Promozione del Diritto alla Prevenzione, con il contributo educativo di Merck Serono, il "Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica sul territorio italiano" è il risultato dell'attività svolta da un *Advisory Board*, costituito da alcuni protagonisti del sistema sanitario, volta a promuovere l'aderenza terapeutica, con particolare riguardo alle malattie croniche, attraverso l'adozione di politiche, modelli e comportamenti virtuosi. Più che un manifesto si tratta di un vero e proprio documento redatto sulla base degli esiti delle riunioni del Gruppo di Lavoro, con riferimenti alla letteratura scientifica sull'argomento, con l'obiettivo di sintetizzare le principali variabili che influenzano l'aderenza alla terapia e le possibili aree d'azione, suggerendo, per ciascuna di esse, una serie di interventi, per quanto possibile, pratici.

Nel documento si evidenzia la complessità del problema, sottolineando che nei Paesi occidentali, l'aderenza al trattamento, tra i pazienti affetti da malattie croniche si attesta solo al 50%, causando serie conseguenze cliniche, psicosociali ed economiche. I pazienti maggiormente a rischio sono i bambini in trattamento cronico, dato che oltre il 55% non segue il piano terapeutico prescritto, gli anziani (il 58.8% delle prescrizioni di farmaci viene effettuato per la popolazione over

65 anni) che spesso hanno problemi di politerapia e di deficit cognitivo e gli stranieri, che ancor oggi vivono nel nostro Paese con barriere sociali, culturali e linguistiche tuttora molto forti.

Molte sono state le soluzioni proposte in questi anni per far fronte a questa problematica "ma - si legge nel *Manifesto* - per sviluppare delle *best practice*, le esperienze andrebbero valutate attraverso studi pilota ed analisi rigorose, che ne valutino le probabilità di successo su larga scala e ne comparino i costi e l'*effectiveness*". Diverse sono le aree su cui intervenire. Sicuramente al primo posto c'è la necessità di incrementare la consapevolezza del problema attraverso interventi rivolti a tutti gli attori del sistema (medici, pazienti e *policy makers*) sulle conseguenze cliniche, sociali ed economiche della scarsa aderenza, sviluppando ampi studi, multidisciplinari per raccogliere dati qualitativi - quantitativi, scientificamente validi. Ciò non può essere disgiunto da studi di farmacoeconomia metodologicamente appropriati atti a valutarne l'impatto economico. Al riguardo si rileva la necessità di "inserire i tassi di aderenza nelle valutazioni di *effectiveness* e *cost-effectiveness* delle scelte appropriate in sanità", utilizzando però "tassi di aderenza provenienti non da *Randomized Controlled Trials*, in cui l'aderenza risulta maggiore rispetto alla pratica clinica quotidiana, ma da studi osservazionali di *real life*".

► La relazione medico-paziente

Dal punto di vista del paziente, le variabili che caratterizzano la patologia per la quale è in trattamento e le caratteristiche del trattamento stesso hanno sicuramente un impatto sull'aderenza alla terapia: ca-



pita spesso che la cura possa essere complicata, prolungata nel tempo, presenti effetti collaterali o che, magari, il paziente non abbia informazioni sufficienti o semplicemente abbia paura della propria condizione. È qui che diventa fondamentale il ruolo del medico curante. Per questi motivi nel rapporto tra medico e paziente c'è l'esigenza di "instaurare una relazione terapeutica efficace in cui siano esplorate le diverse alternative terapeutiche, il regime sia negoziato e modellato sulla base anche delle esigenze dello stile di vita del paziente, l'aderenza sia valutata ed il follow-up venga pianificato". Attraverso un approccio *teach-back*, bisogna stabilire con il paziente una comunicazione atta a "trasmettere il valore tecnico, eco-

nomico e simbolico del farmaco". Bisogna stimolare il paziente a porre domande sulla malattia, sul razionale e sulle caratteristiche del trattamento; motivarlo e coinvolgerlo come partner attivo; interrogarlo sulla propria aderenza in maniera non giudicante e fornirgli materiale di supporto. Il medico deve prestare la massima attenzione ad eventuali effetti collaterali, monitorando con il paziente l'insorgenza ed il loro impatto sulla vita del paziente stesso.

► Il Servizio sanitario

Trattandosi di patologie croniche, il Ssn dovrebbe effettuare un maggiore controllo dei costi e gestire una migliore allocazione delle risorse; dovrebbe valorizzare il ruolo del Farma-

cista ospedaliero, investendolo della responsabilità di monitorare l'aderenza all'atto della riconsegna dei farmaci. Farmacisti ospedalieri e infermieri, dunque, dovrebbero essere 'alleati' del paziente per aiutarlo a gestire in modo ottimale l'aderenza alla terapia. Da ultimo, ma non perché meno importante, nel *Manifesto* si sottolinea l'esigenza di riconoscere l'impegno delle aziende farmaceutiche nello sviluppo di nuovi farmaci con minori effetti collaterali, di monoterapie attraverso associazioni fisse che richiedano minor frequenza di assunzione e siano di facile utilizzo. Uguale importanza ha anche l'offerta di strumenti per la misurazione dei livelli di aderenza (ad esempio dispositivi elettronici) e di strumenti per la somministrazione del trattamento.

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ IPERTENSIONE RESISTENTE

Nuova tecnologia ablativa per la denervazione renale

■ EMATOLOGIA

Cambiano i range di riferimento della conta piastrinica

■ GERIATRIA

*Dolore osteo-articolare nell'anziano:
efficacia delle terapie topiche*

■ MALATTIE RARE

*Mucopolisaccaridosi di tipo I:
importanza di diagnosi e terapie precoci*

■ PREVENZIONE

*Per ridurre i costi delle malattie cardiovascolari
bisogna "investire"*

■ UROLOGIA

Sintomi urinari da IPB: update delle linee guida



■ IPERTENSIONE RESISTENTE

Nuova tecnologia ablativa per la denervazione renale

■ Elisabetta Torretta

L'ipertensione resistente è una condizione che sfugge al controllo della terapia e che si registra fino nel 12.8% dei soggetti. I questi pazienti, nonostante l'applicazione di protocolli terapeutici a base di più farmaci (compreso un diuretico), i valori di PAS si mantengono stabili al di sopra della soglia di 140 mmHg.

Le nuove soluzioni per il trattamento dei pazienti non responder alla farmacologia convenzionale possono essere molto importanti in quanto l'ipertensione incontrollata rappresenta un alto fattore di rischio di mortalità. La denervazione renale è una procedura di ablazione effettuata mediante catetere in grado di offrire una riduzione potenzialmente duratura della pressione arteriosa nei pazienti affetti da ipertensione resistente. Un catetere viene introdotto attraverso l'arteria femorale della gamba e guidato fino alle arterie renali, dove viene erogata un'energia a radiofrequenza (RF) allo scopo di creare minuscole lesioni cicatriziali lungo i nervi simpatici renali. Questa intenzionale interruzione del flusso di segnali nervosi determina la riduzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica.

Un nuovo approccio alla denervazione renale è costituito da una tecnologia di ablazione a più elettrodi caratterizzata da un esclusivo design non occlusivo a "canestro", in grado di effettuare una sequenza prevedibile di quattro ablazioni a intervalli regolari in occasione di ogni posizionamento del catetere, garantendo la continuità del flusso sanguigno al rene durante la procedura. Si tratta del sistema multi-elettrodo EnligHTN che, rispetto ai sistemi di ablazione a elettrodo singolo, è potenzialmente in grado di assicurare una maggiore uniformità procedurale e ridurre i tempi di trattamento, migliorandone la dinamica e riducendo i costi dell'intervento.

Il sistema di denervazione renale è costituito da un catetere guida, un catetere di ablazione e un generatore per ablazione. Il generatore produce lesioni effettive servendosi di un algoritmo brevettato, basato sulla temperatura. Il riposizionamento preciso del catetere permette inoltre di ridurre potenzialmente l'esposizione fluoroscopica (raggi X) e l'uso del mezzo di contrasto.

Il sistema, testato nello studio EnligHTN I, ha dimostrato che i pazien-

ti affetti da ipertensione resistente a terapia farmacologica, trattati con il sistema multielettrodo, mostravano un rapido e persistente calo della pressione sanguigna (*Hypertension 2011; 57: 911-917*). Dopo trenta giorni, la PAS risultava ridotta in media di 28 mmHg, rimanendo stabile su una riduzione di 26 mmHg sei mesi dopo il trattamento.

Nel gennaio 2013 è stato avviato uno studio che prevede una nuova valutazione della metodica. Lo studio EnligHTN II (International Non-randomized, Single-arm, Long-term Follow-up Study of Patients With Uncontrolled HyperTensioN) sarà condotto in 40 centri in Europa e Australia, tramite arruolamento di circa 500 pazienti affetti da ipertensione incontrollata (*ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01705080*). Si tratta di un trial osservazionale, di coorte, prospettico, che ha come endpoint primario la riduzione media della PAS clinica a 6 mesi dalla denervazione renale sull'intera coorte di soggetti e in alcuni sottogruppi. La raccolta dei dati preliminari è prevista per il dicembre 2013 mentre per l'analisi definitiva dei risultati bisognerà attendere il 2018.

www.qr-link.it/video/0213



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

EMATOLOGIA

Cambiano i range di riferimento della conta piastrinica

Sesso, età, aree geografiche sono altrettanti fattori in grado di determinare differenze della conta piastrinica. Lo dimostra uno studio condotto dagli Istituti di Genetica delle Popolazioni (Igp) di Sassari, di Genetica Molecolare (Igm) di Pavia, di Genetica e Biofisica A. Buzzati-Traverso di Napoli del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr), insieme ad altre cinque istituzioni scientifiche italiane (*PLoS ONE* 2013; 8: e54289. doi:10.1371/journal.pone.0054289).

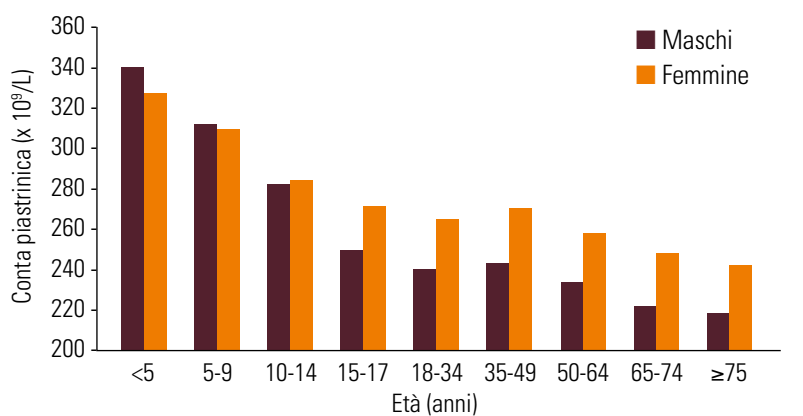
In altre parole significa che i valori di riferimento generalmente accettati per definire "normale" il numero delle piastrine, compresi nel range 150.000-400.000 (450.000 in alcuni casi) per microlitro di sangue, non sempre rispecchiano la realtà. Lo studio ha preso in esame 40.987 soggetti provenienti da 3 studi epidemiologici, che investigavano la distribuzione della conta piastrinica negli abitanti di 7 aree italiane di cui 6 isolati genetici, importanti per analizzare le malattie complesse grazie all'elevata omogeneità genetica e alla ridotta variabilità ambientale. La disponibilità dei dati di conta piastrinica di un campione così esteso ha permesso l'identificazione di nuovi intervalli di riferimento, sesso ed età-

specifici, utili a una diagnosi più accurata di trombocitopenia (espressione di una ridotta produzione piastrinica) e trombocitosi (patologia caratterizzata da un esagerato numero di trombociti). I ricercatori hanno osservato che oggi, con un campione così grande di persone studiate, è possibile definire con esattezza che esistono variazioni importanti nel numero delle piastrine. È giunto, quindi, il momento di ripensare quei valori di riferimento uguali per tutti. La ricerca mostra come le donne abbiano mediamente un numero più alto di piastrine rispetto agli uomini.

Ma anche l'età è importante: negli anziani, per esempio, si nota una diminuzione progressiva. Nei ragazzi al di sotto dei 15 anni, invece, il numero è decisamente più alto rispetto agli altri periodi della vita, senza particolari differenze tra uomini e donne (*figura 1*). Infine, difformità significative sono state riscontrate tra le diverse aree del territorio italiano prese in esame. Con questi dati, appare evidente che i valori di normalità non possono essere uguali per tutti. Da qui la possibilità di pensare a una nuova definizione dei limiti di normalità per le piastrine del sangue. I valori usati in laboratorio oggi possono andare bene per l'età adulta, ma non per i bambini e gli anziani dove le differenze si notano maggiormente. Le conclusioni dello studio suggeriscono che in futuro questi dati potranno contribuire allo sviluppo di nuovi metodi di indagine e quindi a terapie sempre più personalizzate.

Tabella 1

Conta piastrinica in funzione dell'età della popolazione



doi:10.1371/journal.pone.0054289.g002

■ GERIATRIA

Dolore osteo-articolare nell'anziano: efficacia delle terapie topiche



Molto spesso la sofferenza legata al dolore articolare persistente accompagna la vita delle persone anziane, tanto che i più recenti dati epidemiologici evidenziano che è presente in oltre la metà della popolazione e che il 25% non viene curato per questa condizione.

Il processo fisiologico di invecchiamento non presuppone però necessariamente l'accettazione passiva del dolore e in questo ambito l'intervento del medico di famiglia è particolarmente importante per fare emergere il sommerso, in quanto spesso il paziente sottovaluta o addirittura nega il sintomo anche di fronte al proprio Mmg.

Il medico deve guardarsi dallo stigmatizzare questi atteggiamenti, ma ricercare gli strumenti terapeutici più adeguati; quindi i farmaci si devono accompagnare a un'opera di vicinanza, di rassicurazione, di accompagnamento che dura nel tempo, come è persistente la sensazione dolorosa. Inoltre i pazienti anziani richiedono una maggiore attenzione nella scelta del trattamento farmacologico perché più sensibili agli eventuali effetti collaterali.

► Scelta del trattamento

Gli antidolorifici puri sono utili sintomatici, ma non si associano ad alcun effetto sull'infiammazione, quasi sempre presente quando il dolore è particolarmente importante. Per questa ragione, nella maggior parte dei casi si fa ricorso ad antinfiammatori non steroidei assunti per via orale o, più raramente, parenterale. Numerosi studi hanno dimostrato la loro efficacia terapeutica, tuttavia nel soggetto anziano è importante tenere conto del loro profilo di tollerabilità. In questa ottica e nel caso il dolore articolare o reumatico interessi le articolazioni superficiali (gomiti, mani, caviglie, piedi) il trattamento con FANS topici, in adeguate concentrazioni e corrette somministrazioni giornaliere è particolarmente indicato. Creme e gel sono scevri da effetti collaterali e possiedono una consolidata efficacia terapeutica, che si trasforma immediatamente in un miglioramento della qualità della vita, endpoint primario da raggiungere in questa popolazione.

Per molti anni si è dibattuto in che misura il ben documentato effetto terapeutico dei FANS topici sia legato alla quantità di farmaco che entra

in circolo. Uno studio clinico condotto recentemente utilizzando il diclofenac topico 1%, 4 applicazioni/die, raffrontato a ibuprofene 1200 mg/die ha dimostrato parità di efficacia nell'artrosi dolorosa del ginocchio e delle mani, anche se le concentrazioni nel sangue del FANS topico era presumibilmente centinaia di volte inferiore (*Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;9:CD007400. doi: 10.1002/14651858.CD007400.pub2*). Sulla base della corposa documentazione scientifica gli antinfiammatori topici sono stati inseriti nelle linee guida di pratica clinica per il trattamento dell'osteoartrosi delle maggiori società scientifiche internazionali (ACR - American College of Rheumatology ed EULAR - European League Against Rheumatism) a conferma che questo approccio terapeutico è di elezione quando il dolore interessa una sola struttura articolare superficiale. A questo proposito è recente la disponibilità di gel, come il diclofenac 2%, che hanno un'efficacia pari ai FANS orali e per un tempo fino a dodici ore, richiedendo così solo due somministrazioni giornaliere e quindi con una migliore possibilità di aderenza del paziente anziano agli schemi posologici consigliati.

■ MALATTIE RARE

Mucopolisaccaridosi di tipo I: importanza di diagnosi e terapie precoci

■ **Patrizia Lattuada**

Le mucopolisaccaridosi (MPS) rappresentano un gruppo di patologie genetiche rare da accumulo lisosomiale, causate dal deficit degli enzimi che catalizzano la degradazione dei glicosaminoglicani (mucopolisaccaridi). Riconoscere i primi segni e sintomi di MPS, in particolare della mucopolisaccaridosi di tipo I e porre una diagnosi precoce è fondamentale per ottenere il massimo risultato dalla terapia, prima che si instaurino alterazioni irreversibili.

A grandi linee è possibile classificare la MPS I in due forme:

- con interessamento del SNC, definita malattia di Hurler, più severa, a insorgenza precoce, rapida progressione e ritardo mentale, che porta a morte entro la prima decade di vita se non trattata opportunamente;
- senza interessamento del SNC, meno severa, caratterizzata da una più lenta progressione, suddivisa in due sotto-classi: una forma a gravità intermedia, che se non trattata porta a morte nell'adolescenza o nell'età adulta, ed una forma più lieve, normalmente compatibile con la vita.

La forma Hurler è di più facile dia-

gnosi perché, oltre a manifestare un ritardo mentale, questi pazienti presentano caratteristiche morfologiche molto peculiari (lineamenti del volto molto grossolani, fronte prominente, naso schiacciato). In tutte e tre le forme possono manifestarsi in modo più o meno marcato alterazioni muscoloscheletriche, danni cardiaci, problemi uditivi e visivi e organomegalia.

Nelle forme più lievi occorre un'analisi più approfondita della sola valutazione sintomatologica, in quanto possono essere confuse con altre malattie di natura articolare. Trattandosi di una patologia in progressione continua è fondamentale arrivare a una diagnosi corretta nel minor tempo possibile. Ecco perché in caso di dubbio diagnostico è importante approfondire le indagini.

Per la conferma diagnostica è necessario dosare l'attività enzimatica residua. Nel caso della MPS I si procede con il dosaggio della alfa-L-iduronidasi nei leucociti, nel plasma o in colture di fibroblasti.

Il trattamento di elezione della MPS I nelle forme attenuate senza coinvolgimento del SNC è la terapia enzimatica sostitutiva (ERT). La terapia, effettuata settimanalmente per infu-

sione endovenosa, permette il raggiungimento di importanti risultati clinici. È possibile effettuare il trattamento anche al domicilio del paziente; questa soluzione presenta significativi vantaggi sia in termini di qualità della vita della persona trattata e dei familiari che prestano assistenza che in funzione del risparmio sui costi di gestione della malattia da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Nelle forme gravi l'opzione più efficace è quella del trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

Inoltre, la possibilità della combinazione della ERT nel pre- e post-trapianto si basa sul rationale di migliorare le condizioni cliniche del paziente, riducendo il "burden" di malattia e contribuendo così a diminuire morbidità e mortalità trapiantologica.

www.qr-link.it/video/0213



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

■ PREVENZIONE

Per ridurre i costi delle malattie cardiovascolari bisogna “investire”

I costi umani ed economici delle malattie cardiovascolari in Europa sono ormai insostenibili. Si calcola che ogni anno vengano spesi 196 miliardi di euro per infarto, ictus cerebrale, embolia, trombosi venose e arteriose: il 54% per costi diretti, legati alla cura di queste malattie, ai ricoveri in ospedale, agli esami e ai farmaci; il rimanente 46% per costi indiretti, legati alla mancata produttività e alle spese sostenute dalle famiglie per l'assistenza ai malati colpiti da malattie.

Sono alcuni dei dati emersi nel corso dell'incontro dal titolo “La trombosi ai tempi della crisi: fare di un costo un investimento”, svoltosi a Milano e organizzato da ALT (Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari) Onlus, con il patrocinio di Regione Lombardia e del Comune di Milano. Un appuntamento diventato

ormai una tradizione per ALT, con l'intento di migliorare la consapevolezza sulle patologie legate alla trombosi e sull'importanza e l'efficacia della prevenzione in tempo di crisi.

L'incontro ha riunito medici, ricercatori, esperti di economia sanitaria e rappresentanti delle Istituzioni con l'obiettivo di lanciare l'allarme sull'incidenza delle malattie vascolari e di proporre soluzioni verosimili e urgenti.

Tali costi enormi e insostenibili, sono infatti legati a patologie che sono spesso conseguenza dello stile di vita e in particolare di livelli insufficienti di attività fisica, obesità, fumo, ipertensione e diabete. È ormai infatti consolidato che solo limitando questi fattori di rischio si potrebbe evitare la malattia in almeno un caso su tre.

In pratica investire oggi in prevenzione è urgente e inevitabile; significa infatti

ottenere vantaggi a breve, medio e lungo termine; un investimento immediato in prevenzione si tradurrebbe in tempi rapidi in vite salvate, salute salvata, abbattimento dei costi per la società e per il singolo, miglioramento della produttività con impatto positivo sul PIL, risparmio per le famiglie. È importante sottolineare che gli investimenti necessari sarebbero molto contenuti, perché non mirano all'esecuzione di esami ma a campagne di comunicazione mirate a far crescere la consapevolezza che uno stile di vita scorretto va cambiato al più presto, negli adulti e nei bambini. Sedentarietà e alimentazione scorretta costituiscono infatti una miscela letale, in quanto causa principale dell'aumento dell'indice di massa corporea tra gli adulti: in Italia il BMI medio dell'adulto è 26.5, tra i più alti d'Europa. Forte di questa consapevolezza e incalzata dall'urgenza di intervenire attivamente sul pubblico per renderlo consapevole non solo del rischio di malattia ma anche della possibilità di evitarla, ALT ha rinnovato per il secondo anno consecutivo l'appuntamento per la Giornata Nazionale per la Lotta alla Trombosi, il 17 aprile, che vedrà numerosi eventi in diverse città sul territorio nazionale.

I numeri della trombosi in Italia e in Europa

- 4 milioni gli Europei che muoiono ogni anno per malattie cardio e cerebrovascolari
- 4 milioni gli Europei che restano invalidi a causa di malattie vascolari
- 180 mila gli italiani che muoiono ogni anno di malattie cardio e cerebrovascolari (60 mila gli uomini e 127 mila le donne)
- 1 milione e 100 gli europei che muoiono di ictus ogni anno
- 38 mila le donne e 25 mila gli uomini in Italia che muoiono di ictus ogni anno
- 196 miliardi di euro la spesa europea per malattie cardio e cerebrovascolari

www.qr-link.it/video/0213



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

■ UROLOGIA

Sintomi urinari da IPB: update delle linee guida

È stata pubblicata recentemente una revisione delle raccomandazioni sviluppate nel 2007 dall'Associazione Italiana Urologi con l'intento di supportare il medico nel processo decisionale della gestione della patologia, condividendo con il paziente le scelte possibili al fine di perseguire un costante miglioramento nella qualità delle cure fornite.

La revisione nasce come risposta a un'esigenza derivata dall'introduzione nell'armamentario terapeutico di nuove classi di farmaci per il trattamento sintomi delle basse vie urinarie (LUTS = Lower Urinary Tract Symptoms) correlate all'ipertrofia prostatica benigna, ai nuovi dati relativi ai trattamenti medici (monoterapie e terapie di associazione), alle nuove tecniche chirurgiche adottate nella pratica e, infine, alle aumentate acquisizioni sulla patogenesi della malattia che si sono andate accumulando (*Ther Adv Urol* 2012; 4: 279-301).

Per questa nuova stesura delle linee guida è stata effettuata una revisione della letteratura, pubblicata nel periodo compreso tra l'agosto 2006 e il dicembre 2010, valutando la qualità e la forza delle raccomandazioni in base alla Gra-

ding of recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

In analogia a quanto indicato nella precedente edizione, la decisione sull'intervento terapeutico è guidata dall'impatto dei sintomi sulla qualità di vita del paziente piuttosto che sulla gravità del quadro clinico stabilita dallo score IPSS (*International Prostate Symptom Score*).

► Soglia di intervento

Tuttavia, diversamente dalle precedenti raccomandazioni, la soglia per l'intervento viene stabilita in base al punteggio dell'IPSS Q8 che deve essere di almeno 4.

In questi pazienti viene quindi effettuata una ulteriore suddivisione in gruppi terapeutici, in relazione a diversi parametri: assenza di rischio di progressione, rischio di progressione (vol ≥ 30 mL, PSA ≥ 1.45 ng/ml), necessità assoluta di prevenire la progressione, associazione con sintomi di vescica iperattiva, concomitante presenza di disfunzione erettile.

Per ognuna di queste classi di pazienti le linee guida delineano l'intervento più adeguato, suggerendo

diverse possibilità terapeutiche tra le quali scegliere.

Sono emerse diverse differenze nelle raccomandazioni cliniche, che sono dovute all'interpretazione della letteratura nonché alla disponibilità di nuove informazioni. Per esempio, la terapia di combinazione con un inibitore della 5-alfa-reduttasi con un alfa-bloccante è attualmente la prescrizione terapeutica che viene raccomandata nella gestione dei pazienti a rischio di progressione dell'ipertrofia prostatica benigna. Altre differenze includono l'attenzione verso il potenziale peggioramento dei disordini cognitivi associati all'uso di anticolinergici in pazienti anziani.

E ancora, in questa edizione, si sottolinea la necessità di valutare le differenze nei vari preparati a base di *Serenoa repens* (in relazione al metodo di estrazione adottato). Un altro aspetto preso in esame si riferisce all'approccio chirurgico, o più precisamente alla definizione della soglia di dimensioni della prostata per poter effettuare interventi chirurgici in aperto (>80 g).

Un'altra distinzione tra questa edizione e la precedente è l'applicazione della metodologia GRADE per stabilire la qualità delle evidenze presentate e il grado di forza delle raccomandazioni per il trattamento. GRADE è considerata la migliore metodologia per lo sviluppo di linee guida cliniche, ed è la più utilizzata dalle maggiori associazioni mediche e scientifiche nel mondo.

Clinica psicosomatica in medicina di famiglia

Sono numerosi i pazienti che presentano sintomi di difficile inquadramento clinico che rispondono alla definizione di sintomatologia psicosomatica. L'errore da evitare è quello di svalutare i sintomi attribuendo a questi soggetti caratteristiche caratteriali di persone fragili

Emanuele Zacchetti

*Medico di medicina generale
Psicoterapeuta
Specialista in neurobiologia clinica
Borgosesia (VC)*

Il termine "psicosomatico" è dilagato nella terminologia medica degli ultimi decenni, sia nell'ambito della medicina di famiglia, sia nell'ambito specialistico, diventando frequentemente un modo di esprimere un concetto privo di una definizione chiara.

Ogni medico potrebbe collegare l'immagine di molti dei suoi pazienti, tra quelli più difficili e problematici da gestire, alla definizione di "psicosomatici", dove il confine tra la presenza di un disturbo organico ed una problematica della sfera psichica diventa sempre più labile e di complessa definizione.

Si calcola che circa il 30% dei pazienti che affluiscono giornalmente in un ambulatorio di medicina di famiglia presentano una sintomatologia indefinita e non inquadrabile in categorie diagnostiche precise, per questi si utilizza il termine di pazienti con fenomeni di somatizzazione o pazienti psicosomatici.

Uno degli errori in cui più frequentemente il medico può cadere nel valutare un paziente con sintomi psicosomatici è la svalutazione dei sintomi, ovvero attribuire questi alle caratteristiche caratteriali di persone fragili, incapaci di affrontare le difficoltà che la vita offre. In questo modo si apre la possibilità di far evolvere questi pazienti verso la cronicizzazione, facendo loro assumere in modo definitivo il ruolo di malati incompresi. Sul versante opposto il medico moderno può offrire al paziente psicosomatico

strumenti ed apparecchiature sempre più sofisticati, che sondano gli spazi più remoti dell'organismo, alla ricerca dell'origine di dolori e sintomi non disponibili ad essere indagati, catalogati e definiti in modo preciso. Molti di questi pazienti difficili chiedono accertamenti diversi, con il benessere di medici sempre più impauriti da possibili denunce per errori diagnostici. Questo fatto determina un aumento dei costi sanitari per i paesi più evoluti, togliendo possibili risorse in ambiti dove potrebbero essere maggiormente utili. Per l'uomo moderno è cambiata la coscienza del proprio corpo, il sintomo fisico diventa l'espressione di un qualcosa che deve essere indagato, analizzato, studiato con i più sofisticati mezzi di cui si dispone ed infine, se possibile, essere eliminato.

► Somatizzazione del paziente

Il termine "psicosomatico" diventa spesso un modo di definire un paziente che non risponde alla terapia in modo adeguato, che è estremamente lamentoso e cronicizza nei suoi disturbi, dove non si è trovato una causa evidenziabile della sua patologia. Il fenomeno della somatizzazione diventa comunque un problema fondamentale col quale ogni medico moderno viene a confrontarsi, ognuno può costruire in base alla propria formazione specifica, cultura, visione della vita, un suo modello interpretativo del fenomeno stesso.

Una delle riflessioni fondamentali che si pongono all'interno della Psicosomatica moderna riguarda l'esistenza stessa della categoria dei disturbi psicosomatici, ovvero da una parte si ritiene che esistono le malattie organiche "vere" che si

manifestano con un danno d'organo evidenziabile e possono accompagnarsi ad uno stato di sofferenza psichica, dall'altra i disturbi della sfera psichiatrica che presentano una sintomatologia fisica, ma in questi casi il corpo esprime una sofferenza che è l'espressione diretta del problema psichico. Se quindi da una parte del mondo medico vi è scetticismo nei confronti della categoria dei disturbi psicosomatici, dall'altra in un settore della psicologia e psichiatria moderna vicino al filone psicodinamico, psicoanalitico, si ritiene che anche dietro a patologie importanti e diffuse nella popolazione, con dei correlati anatomo-patologici evidenziabili come l'asma, il diabete, le malattie cardiovascolari ed oncologiche, vi siano conflitti inconsci antichi che non sono arrivati a livello di coscienza e hanno contribuito nel generare la patologia. Queste possono trovare nella psicoterapia una forma efficace di cura, che possa accompagnarsi a quella medico farmacologica.

Personalmente, ritengo che sia utile mantenere la categoria dei disturbi psicosomatici definendola come un ambito, ai confini tra psicologia e medicina, nel quale una persona manifesta il suo disagio e la sua conflittualità intrapsichica quasi esclusivamente attraverso il linguaggio del corpo. Questi pazienti sembrano incapaci di esprimere le emozioni con le parole, ad una prima osservazione appaiono poco espressivi e la sofferenza che provano la collegano soltanto a malattie secondo loro non ancora diagnosticate.

I disturbi psicosomatici vengono suddivisi secondo il DSM V nelle seguenti categorie: disturbo da somatizzazione, ipocondria, disturbo algico, disturbo da dismor-

fismo corporeo, disturbo da conversione, disturbo somatoforme indifferenziato.

► Definizione dei disturbi

Il disturbo da conversione, designato dalla vecchia psichiatria come isteria, presenta dei sintomi "pseudoneurologici" riguardanti deficit delle funzioni motorie o sensitive, cecità, sordità, cadute a terra improvvise non spiegabili con nessuna patologia della sfera neurologica. Stranamente il disturbo da conversione, molto frequente nel secolo scorso, è divenuto raro nell'epoca contemporanea e quando si presenta è difficilmente riconosciuto.

L'ipocondria è la preoccupazione di avere una grave malattia (tumori, AIDS, malattie cardiache ecc.). La preoccupazione scaturisce dall'erronea interpretazione dei sintomi somatici che il paziente riferisce, questi persistono al di là di accurati esami e di rassicurazioni da parte del medico. Chi soffre di questo disturbo ritiene di avere una grave patologia che non si è riusciti a diagnosticare, la ricerca della malattia diventa per questi pazienti una vera e propria ossessione. La vita familiare e le relazioni sociali vengono disturbate da quella che diventa l'unico interesse del paziente: la ricerca di una malattia che i medici non sono in grado di scoprire.

Ma la categoria di pazienti con disturbi della sfera psicosomatica, che il medico di famiglia e lo specialista osservano più frequentemente nel loro ambulatorio, rientrano in quello che viene descritto come disturbo di somatizzazione.

Questo si manifesta con una sintomatologia molto varia in cui si osserva una storia di dolori riferiti a diverse localizzazioni ed organi, prevalen-

temente i sintomi interessano l'apparato gastro-intestinale, genito urinario, cardiaco, la cute si manifestano dolori muscolo scheletrici di difficile definizione come la fibromialgia, oppure cefalee croniche quotidiane non inquadrabili in vere emicranie. Il medico di famiglia diventa il primo grande filtro nella gestione del paziente psicosomatico, il quale tende nel tempo non trovando una soluzione ed una terapia adeguata che possa risolvere i suoi sintomi, a cercare nella figura di un nuovo medico qualcuno che possa ascoltarlo, visitarlo e programmare un nuovo iter diagnostico, destinato però nella maggior parte dei casi, a non scoprire l'origine di disturbi che sembrano cambiare continuamente nella loro espressione diventando sempre più misteriosi.

► La gestione spesso è difficile

Questa tipologia di pazienti sono estremamente faticosi da gestire, danno al medico un profondo senso di frustrazione portandolo ad assumere nei loro confronti un atteggiamento cinico e distaccato, contribuendo a farli entrare nel circolo della cronicizzazione, e portare il medico ad uno stato di sofferenza psico-fisica che può evolvere in una sindrome di burn-out. Che cosa è possibile fare allora per modificare questi passaggi che sembrano inevitabili nella gestione del paziente psicosomatico?

Per prima cosa è fondamentale non ritenere questi pazienti dei malati immaginari, la cui funzione sociale sembra quella di rivestire il ruolo di assenteisti sul lavoro, disturbatori della quiete familiare ed incubo per i medici che diventano il loro punto di riferimento.

Per quanto sia pesante gestirli essi

vogliono essere ascoltati nell'unico linguaggio permesso per esprimere il loro dolore, la loro angoscia di vivere, la loro sofferenza psichica, cioè il linguaggio che passa attraverso i sintomi del corpo.

► Valutazione di laboratorio

Una valutazione ragionevole attraverso accurati esami laboratoristici, radiologici, specialistici, è necessaria per non cadere nel tranello di inquadrare in una diagnosi di disturbo psicosomatico quello che potrebbe essere una vera patologia organica grave. A seguire, il medico deve con fermezza cominciare a proporre al paziente, in caso di esiti negativi, che l'esecuzione di continui accertamenti e visite non porta al miglioramento o alla scomparsa dei disturbi.

Diventa allora fondamentale attivare un processo di cambiamento proprio partendo dalla considerazione che i sintomi stessi esprimono simbolicamente ciò che non si è più in grado di tollerare un disagio che deve essere comunicato ed affrontato per quello che realmente rappresenta.

Nel setting della medicina di famiglia, si svolge un momento fondamentale della gestione del paziente psicosomatico, in questa relazione così particolare si muovono diverse dinamiche che possono contribuire ad un miglioramento del disturbo ma anche al suo peggioramento e cronicizzazione.

Il medico deve ad un certo punto proporre al paziente che può essere opportuno uscire dalla spirale senza fine degli esami diagnostici e delle visite specialistiche, accettare l'ipotesi che dietro a molti dei suoi sintomi possa esservi un disturbo dell'umore, una conflittualità

intrapsichica, un disagio che possono essere meglio gestiti se, all'aiuto fornito dal medico di famiglia, può accompagnarsi un percorso di psicoterapia ed una terapia psicofarmacologica dove questo potesse rivelarsi necessario.

E' questo un momento delicato dove il paziente può accettare questa proposta ed iniziare a migliorare dal punto di vista sintomatologico, oppure vedere nella comunicazione del suo medico un tentativo di portare l'attenzione al di là del corpo, nel misterioso campo della psiche, in questo modo eludere l'impegno di trovare una diagnosi precisa ed una terapia adeguata.

Sentendosi scaricati dal medico questi pazienti cercano una nuova figura che ritengono li possa seguire in modo più adeguato e scrupoloso ma, dopo un certo spazio di tempo, nuovamente insoddisfatti ritornano nella ricerca di un nuovo medico attivando un processo che non sembra aver fine.

La posizione ferma del medico, e di tutti gli altri medici che a catena dovranno gestire il paziente con importanti somatizzazioni, è fondamentale per far prendere coscienza a questo che soltanto attraverso una forma di aiuto che operi a livello psichico, non soltanto a livello corporeo, si può ottenere nel tempo un miglioramento stabile.

Dobbiamo distinguere tra una forma di somatizzazione "minore" che si attiva quando una persona è sottoposta a periodi di stress intensi in conseguenza a profondi cambiamenti, lutti, perdita del lavoro, momenti esistenziali difficili, che possono essere superati spontaneamente, dove il medico di famiglia può rappresentare l'unico riferimento e figura che può tranquillizzare sulla benignità dei sintomi,

ed una forma di somatizzazione "maggiore" in cui i sintomi diventano sempre più diffusi, dove diventa fondamentale convincere il paziente ad accettare un aiuto specialistico, sia sul versante psicoterapeutico che psicofarmacologico. Purtroppo il medico si trova frequentemente solo ad affrontare persone che diventano sempre più pesanti da gestire, che non sembrano essere tranquillizzati da tutti gli esami eseguiti, non evidenziando patologie così importanti da giustificare i sintomi.

► Mmg, una risorsa preziosa

La prima, e spesso unica forma d'aiuto offerta al paziente psicosomatico, arriva dal medico di famiglia proprio perchè, come si osservava in precedenza, questo tende ad evitare la figura dello psicologo o della psichiatra.

Evitando da una parte la svalutazione dei sintomi, non cadendo dall'altra nell'accettazione passiva delle continue richieste di accertamenti diagnostici e visite specialistiche, proposti dal paziente, il medico di famiglia si trova nella difficile posizione di ascoltare le continue lamentosità, senza sviluppare sentimenti di rabbia e di disinteresse verso queste persone così difficili da curare.

Saperli ascoltare e lentamente aiutarli ad esprimere le loro emozioni attraverso le parole, non soltanto con sintomi corporei, non significa guarirli ma alleviare una sofferenza che altrimenti non avrà mai fine, evolvendo nel triste destino della cronicizzazione.

Il medico stesso, come ci ricordava Balint, diventa per questi pazienti la prima e forse l'unica vera forma di terapia.

Le malattie rare polmonari

A Milano un convegno dei massimi esperti mondiali ha fatto il punto sull'argomento, e sottolineato le novità negli ambiti della ricerca e della terapia. Il Congresso Internazionale è stato patrocinato dall'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri, dalla Società Italiana di Medicina Respiratoria, dall'Ospedale San Giuseppe Gruppo Multimedita, dal Sistema Sanitario Regione Lombardia e dall'Ordine dei Medici di Milano e Provincia

Si definiscono malattie rare quelle patologie che colpiscono meno di 1 persona ogni 2000. Le malattie polmonari rare sono un gruppo eterogeneo di circa 130 patologie diverse (anche se i dati sono imprecisi e sottostimati a causa dell'incompletezza o della mancanza di Registri delle malattie). Si tratta molto spesso di malattie severe, con orizzonti fatti di poche o nulle speranze, prognosi infauste e non dissimili da quelle di un tumore, aspettativa di vita limitate a pochi anni. Oggi fortunatamente lo scenario sta lentamente cambiando perché per alcune di queste patologie esistono dei trattamenti in grado di rallentarne la progressione. È il caso per esempio della fibrosi polmonare idiopatica. Ma non tutte le patologie condividono questa ventata di relativo ottimismo. Per alcune la strada da percorrere è ancora lunga e sarà necessario attendere la conclusione degli studi che stanno valutando nuovi farmaci attivi, non solo nella fibrosi, ma anche nell'ipertensione polmonare, nella sclerodermia e nell'asma grave (una condizione grave di una patologia comune).

► Fibrosi polmonare idiopatica

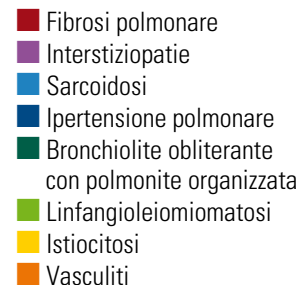
Si tratta di una malattia ad andamento cronico e progressivo che interessa esclusivamente il polmone. La prognosi è grave, con una mortalità a 5 anni dalla diagnosi del 50-70%, simile, se non superiore, a quella di alcune neoplasie. I sintomi più comuni sono tosse secca e stizzosa e mancanza di fia-

to lentamente progressiva, insieme a stanchezza e febbre. Per la diagnosi, sono di grande aiuto le prove di funzionalità respiratoria e la TAC ad alta risoluzione.

L'interesse per la malattia è notevolmente aumentato nel corso dello scorso decennio e questo ha portato all'esecuzione di studi clinici internazionali, multicentrici, randomizzati, controllati, in doppio cieco che hanno permesso di giungere a punti fermi nella terapia di questa devastante malattia. Il pirfenidone ha mostrato di rallentare la progressione della malattia. È ancora in corso lo studio sull'utilizzo di un anticorpo monoclonale, nintedanib (sigla BIBF 1120), molecola promettente secondo i risultati preliminari ottenuti in uno studio di fase 2 sulla sicurezza del farmaco.

Malattie Rare Polmonari

996 pazienti



► **Ipertensione arteriosa polmonare idiopatica**

L'ipertensione polmonare arteriosa, più diffusa nelle donne, trae origine da un difetto genetico di recente identificazione. I sintomi sono mancanza di fiato, tosse, episodi di svenimento e palpitazione. L'esame diagnostico principale è l'ecocardiogramma che permette di escludere problemi a livello del cuore. La terapia affidata ai calcioantagonisti, che dava prova di efficacia solo in una piccola percentuale di casi, è oggi sostituita da altre molecole. Tra queste il bosentan e l'ambrisentan, farmaci di provata efficacia e facile assunzione orale, che necessitano però di uno stretto monitoraggio clinico; la prostaciclina, molto efficace ma che deve essere somministrata per infusione continua attraverso una pompa e il suo analogo trepostinil somministrabile sottocute; l'ilo-prost, per aerosol, che però richiede una modalità di somministrazione complessa (circa 9 volte al giorno); il sildenafil e il tadalafil, utilizzati contro l'impotenza.

► **Sarcoidosi**

È la più frequente tra tutte le malattie interstiziali polmonari. Si sospetta una componente genetica, in quanto si sono registrati casi di malattie all'interno di gruppi famigliari e tra gemelli. La diagnosi è resa difficile dal fatto che molti pazienti riferiscono sintomi generici come affaticabilità, stanchezza, tosse, mancanza di fiato dopo uno sforzo ecc. Le prove di funzionalità respiratoria e la TAC ad alta risoluzione sono esami di grande ausilio. Nella popolazione generale si ritiene che l'80% dei casi si risolva spontaneamente senza terapia nell'arco di due anni.

Centro referente per le malattie rare polmonari

L'U.O. di Pneumologia dell'Ospedale S. Giuseppe, diretta dal dott. Sergio Harari, si occupa da anni delle malattie polmonari rare ed è Centro Referente per le Malattie Rare Polmonari in Lombardia. Il centro ha attivato un numero dedicato proprio alle patologie rare polmonari (Telefono Aiuto Malattie Rare Polmonari 393 8958907, dal lunedì al venerdì dalle 16.00 alle 18.00). I medici che rispondono alla linea dedicata sono in grado di fornire, a chiunque ne faccia richiesta, informazioni sulle patologie, sui metodi diagnostici, sulle possibilità terapeutiche. Si tratta di un servizio informativo e gratuito, di grande utilità per orientare i pazienti o i loro familiari. L'equipe milanese può consigliare a quanti ne facciano richiesta gli esami diagnostici più appropriati, fornire utili consigli ai pazienti e alle loro famiglie, chiarire i dubbi più comuni.

► **Linfangioleiomiomatosi (LAM)**

Quasi sempre colpisce solo donne in età fertile ed è provocata dall'invasione dei tessuti polmonari e delle vie respiratorie da parte di cellule anomale che si organizzano in cisti, distruggendo i tessuti sani e aprendo delle cavità all'interno dei polmoni. I sintomi della LAM sono una respirazione sempre più faticosa, fino alla comparsa di pneumotorace. Per la diagnosi si rende necessaria una tomografia assiale computerizzata (TAC). Nuovi farmaci come il sirolimus e l'everolimus sono oggi in grado di arrestare questa malattia e di migliorare significativamente la condizione dei pazienti che ne soffrono.

► **Sclerodermia**

Gli organi bersaglio della malattia sono numerosi: in genere è colpita la cute ma nella forma più grave la malattia può colpire i polmoni, i reni, il cuore e l'apparato digerente (sclerosi sistemica). L'incidenza maggiore si osserva nelle donne più che negli uomini e, generalmente, viene diagnosticata tra i 30 e i 50 anni di età. Le cause della malattia sono sconosciute. Ad oggi priva di una cura risolutiva, la sclerodermia viene affrontata cercando di risolvere i problemi secondari alla malattia. Esistono, ad esempio, farmaci in

grado di curare l'ipertensione arteriosa polmonare che spesso si associa alla sclerodermia e ne detta la prognosi.

► **Polmonite eosinofila cronica idiopatica (ICEP)**

Le cause di questa malattia sono sconosciute. L'ICEP è due volte più diffusa nelle donne rispetto agli uomini, e circa la metà delle persone che la contraggono soffrono già di asma e rinite allergica. I primi sintomi possono apparire non molto gravi (difficoltà di respirazione, tosse e respiro affannoso, astenia, perdita di peso e sudorazioni notturne) e può passare del tempo prima che la malattia venga diagnosticata. Il trattamento generalmente prevede la somministrazione dei corticosteroidi, spesso per lunghi periodi (un anno o più), anche se non è rara la ricomparsa della malattia non appena viene sospeso l'uso dei farmaci.

www.qr-link.it/video/0213



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

Anziani e strategie per evitare il rischio malnutrizione

Soprattutto nei soggetti istituzionalizzati e/o ospedalizzati, la presenza di numerose problematiche patologiche è in grado di incidere sullo stato nutrizionale.

Il *caregiver* deve essere capace di valutare il rischio di malnutrizione e di intervenire con opportune strategie: a tale scopo è stato recentemente realizzato un volume dedicato all'argomento, promosso dall'Associazione Prevenzione Salute e Sicurezza Onlus

Con l'avanzare dell'età insorgono numerose problematiche che coinvolgono il modo di alimentarsi che rendono difficile il mantenimento di una sana e corretta alimentazione. In età geriatrica, anche in relazione alle patologie che in questa fascia d'età sono più frequenti, soprattutto tra gli anziani istituzionalizzati o ospedalizzati, è spesso frequente una malnutrizione per difetto che si manifesta con dimagrimento (più o meno lento a seconda dei casi), con una progressiva diminuzione dell'autonomia, fino all'allettamento, con un aumento dell'incidenza di complicazioni (infezioni, lesioni da decubito, ecc.).

Le principali problematiche che possono incidere sullo stato nutrizionale sono: non autosufficienza, difficoltà nella deglutizione (disfagia), difficoltà nella masticazione, alterazioni sensoriali (riduzione del gusto e dell'olfatto), alterazioni gastroenteriche (stipsi, diarrea), riduzione del tono dell'umore, patologie (diabete mellito, ipoglicemia, ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica, deterioramento cognitivo, malattia di Parkinson). Per questo motivo è fondamentale che il *caregiver* conosca le varie strategie per evitare che il

soggetto vada incontro a malnutrizione. Promosso dall'Associazione Prevenzione Salute e Sicurezza Onlus (APSSO) il volume *"Rischio nutrizionale negli anziani: Manuale di valutazione e gestione per il caregiver"* a cura di Lorenzo Maria Donini e Salvatore Carbone vuole fornire al *caregiver* informazioni ed indicazioni da utilizzare per far sì che questo non avvenga.

Ovviamente il percorso da seguire, in base al tipo di problema esistente, sarà differente e spesso purtroppo non sufficiente a ridurre completamente il rischio nutrizionale; in tal caso è necessario che il *caregiver* sappia quando è necessario far riferimento a figure sanitarie (medico di famiglia, geriatra o nutrizionista, dietista, logopedista...) che aiutino ad affrontare in maniera più incisiva il problema. Il manuale si divide in 3 parti: la prima parte in cui, attraverso semplici test, il *caregiver* può valutare il rischio nutrizionale della persona di cui si occupa; la seconda parte in cui vengono dati consigli per un soggetto a basso rischio nutrizionale al fine di evitare l'insorgenza di una malnutrizione; la terza parte in cui si cerca di comprendere le cause di un rischio nutrizionale medio-alto e di in-

dividuare le strategie più adatte a contrastare la malnutrizione.

Il 1° step, la valutazione del rischio nutrizionale, utilizza il Mini Nutritional Assessment (MNA®). Sulla base del risultato i soggetti saranno classificati in tre gruppi di rischio (basso, medio e alto). La Griglia Porzioni Consumate (GPC) fornisce una valutazione dell'introito alimentare del soggetto anziano.

Il 2° step è la presa in carico nutrizionale. A seconda del rischio si attuano le seguenti procedure:

a) rischio nutrizionale basso: seguire consigli nutrizionali utili al mantenimento di tale stato:

b) nei pazienti che presentano un rischio nutrizionale medio-alto e/o alcune patologie che possono incidere sul comportamento alimentare e/o sullo stato di nutrizione si fa riferimento alle indicazioni presenti nella terza parte del manuale.

Il 3° step è il controllo periodico del rischio nutrizionale: il Mini Nutritional Assessment (MNA®) e la griglia porzioni consumate (GPC) andranno ripetuti periodicamente in funzione del livello di rischio e secondo un calendario più o meno frequente in funzione del livello di rischio dell'anziano.

La guida è scaricabile dal sito <http://w3.uniroma1.it/scialim>.

Test HPV per lo screening ordinario del tumore del collo dell'utero

La Basilicata adotta il test per la ricerca del Papillomavirus al posto del Pap test, che diventa un esame di secondo livello per la conferma della presenza di eventuali alterazioni cellulari rilevate nelle donne con test HPV positivo. Numerosi studi e progetti pilota realizzati in tutta Italia hanno ampiamente dimostrato che questo test è uno strumento di prevenzione più efficace per le donne a partire dai 35 anni di età

Per migliorare la prevenzione di questo tumore femminile, in Basilicata prende il via il nuovo modello di screening con test HPV HC2, un esame basato sulla tecnologia molecolare Hybrid Capture 2 in grado di rilevare la presenza del Papillomavirus (HPV), principale responsabile del tumore della cervice uterina. La Basilicata è tra le prime Regioni, insieme alla Toscana, a compiere questo importante passo avanti nello screening. Numerosi studi e progetti pilota realizzati in tutta Italia hanno ampiamente dimostrato che il test HPV è uno strumento di prevenzione più efficace del Pap test per le donne a partire dai 35 anni di età. Se il test HPV è negativo, la donna non presenta fattori di rischio e può ripetere il controllo dopo 5 anni. Questo significa per la donna maggiore protezione e minore impatto dello screening, perchè vengono evitati controlli frequenti ed esami non necessari, inoltre per il sistema sanitario il nuovo modello comporta un risparmio in termini di costi e di utilizzo più efficiente delle risorse.

Le nuove strategie introdotte sono sicuramente un'ulteriore garanzia per le donne che decideranno di sotto-

porsi allo screening, oltre che un passo avanti per il sistema sanitario lucano. I primi prelievi del nuovo programma di screening con test HPV sono previsti a partire da febbraio 2013. La procedura di prelievo è identica a quella del Pap test, facile, indolore e non invasiva. Il materiale prelevato non è però letto al microscopio, come nel Pap test, ma utilizzato per la ricerca del Papillomavirus ad alto rischio con un test di laboratorio specifico. Il campione viene conservato in un liquido e analizzato con la tecnologia molecolare HC2, che si basa sull'amplificazione del segnale per il rilevamento del DNA e permette di individuare i tipi di Papillomavirus ad alto rischio oncogeno. In linea con i dati raccolti nei progetti pilota regionali e con le raccomandazioni del recente rapporto italiano di Health Technology Assessment, finanziato dal Ministero della Salute, il nuovo modello prevede un'organizzazione centralizzata dei campioni e dei test. Il Centro di Riferimento Oncologico di Basilicata (CROB), di Rionero in Vulture, ha la funzione di gestire gli esami, sia il test HPV sia il Pap test, e di ottimizzare i controlli di qualità. Al momento dello screening sono subito prelevati due

campioni, inviati entrambi al CROB: uno utilizzato per effettuare il test HPV e l'altro utilizzato in un secondo momento per il Pap test, in caso di test HPV positivo. La donna è richiamata allo screening dopo 5 anni, mentre in caso di risultati dubbi viene contattata telefonicamente, per fissare un appuntamento e ulteriori approfondimenti.

Per le donne tra i 25 e i 34 anni resterà valido lo screening basato sul Pap test e il test HPV sarà utilizzato solo in un secondo livello di analisi. Nelle donne giovani le infezioni da Papillomavirus sono molto frequenti e nella maggior parte dei casi si tratta di infezioni transitorie, che scompaiono nell'arco di uno o due anni. Per questo al di sotto dei 35 anni d'età la rilevazione del Papillomavirus non è ritenuta una strategia di screening primario efficace. Dopo i 35 anni di età le infezioni sono meno frequenti e più persistenti, quindi più rischiose. È importante sottolineare che se il test HPV risulta positivo, non significa che la donna è malata o che sicuramente svilupperà il tumore, ma solo che siamo in presenza di un fattore di rischio che richiede successivi approfondimenti, tra cui in primis il Pap test.

La cura della sincope è multidisciplinare

► In Italia la gestione dei pazienti colpiti da improvvise perdite di coscienza, fenomeno frequente quanto rischioso è affidata alle Unità Sincope (Syncope Unit). Dal 2009 ad oggi le unità certificate sono aumentate di numero e oggi se ne contano già 71, sparse ormai quasi in tutta Italia. L'Associazione cui si deve la costituzione della rete è nata nel 2002 su iniziativa di un gruppo di specialisti delle principali Società Scientifiche: cardiologi, geriatri, internisti, medici d'urgenza e neurologi convinti della necessità di dare risposta corale a una casistica frequente, che ha per lo più esito benigno, ma che può rivelarsi fatale soprattutto se legata a gravi patologie cardiache. Nei Pronto Soccorso questo genere di pazienti oscilla tra l'1 e il 3% di tutti gli accessi. A scopo divulgativo sono stati realizzati un Annuario delle Syncope Unit e un sito internet (www.gimsi.it).

Iniziativa per la giornata mondiale del rene

► Dedicata alla prevenzione delle malattie renali, che colpiscono 6 milioni di italiani e sono in continuo aumento, la Giornata Mondiale del Rene 2013 (14 marzo 2013) prevede numerose iniziative su tutto il territorio nazionale per sensibilizzare gli italiani a sottoporsi ad una visita di controllo, che può salvare la vita – spiega Giovambattista Capasso, Presidente SIN e Professore Ordinario di Nefrologia, Seconda Università di Napoli.

In circa 50 piazze italiane saranno allestiti stand informativi dove i cittadini potranno usufruire gratuitamente di un servizio di misurazione della pressione arteriosa e di analisi delle urine. In oltre 30 scuole superiori si svolgeranno visite gratuite e seminari informativi; inoltre verranno organizzati incontri aperti al pubblico in oltre 50 i Centri di Nefrologia per un'informazione capillare presso la popolazione.



Ricerca e studio sugli oli essenziali

► All'inizio del 2013 è stata costituita la Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali (S.I.R.O.E.) con il coinvolgimento di università italiane, CNR e molti professionisti in ambito sanitario. La Società, presieduta e fondata dal dr. Paolo Campagna, intende soprattutto formare e pianificare i lavori di un Gruppo di studio e ricerca sugli oli essenziali, di tipo multidisciplinare, a livello nazionale ma di eco internazionale, che coinvolga università, ricercatori e professionisti dei vari settori, coordinato da un Consiglio direttivo rappresentativo delle varie Unità e facente capo ad un'unica Associazione; essa si prefigge pertanto lo scopo di organizzare gruppi omo-

genei di studio, seguendo metodologie rigorose e riconosciute per produrre contributi scientifici originali e accreditati.

Medici in Africa: al via un nuovo corso

► Si terrà dal 22 al 25 maggio 2013 a Genova il nuovo corso base dell'associazione "Medici in Africa", che da più di dieci anni organizza questa iniziativa rivolta a medici e infermieri che intendano svolgere azioni di volontariato nei Paesi africani o in altri in via di sviluppo. Il corso si propone di fornire informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di auto-protezione dalle più frequenti malattie endemiche, cenni di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro. Inoltre fornisce l'esperienza di colleghi che sono già stati in tali zone.

■ Informazioni: la sede sarà in Commenda di Pre', Piazza della Commenda, Genova. Il Corso è a numero chiuso con un massimo di 45 partecipanti ed è previsto l'accreditamento ECM. Il costo è di 300 euro. Per le iscrizioni e ulteriori informazioni contattare: Medici in Africa onlus - Segreteria Organizzativa. Da lun. a ven. 09.30/13.30 tel. 010.3537274 – 010.3537621 mediciinafrica@unige.it - www.medicinafrica.it



Video di approfondimento disponibile sul portale

www.qr-link.it/video/0213

visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il QR-Code