

M.D.

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

Anno XX, numero 6 - 5 maggio 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

8

UbiCare: una piattaforma tecnologica per gestire le patologie croniche

PRATICA MEDICA

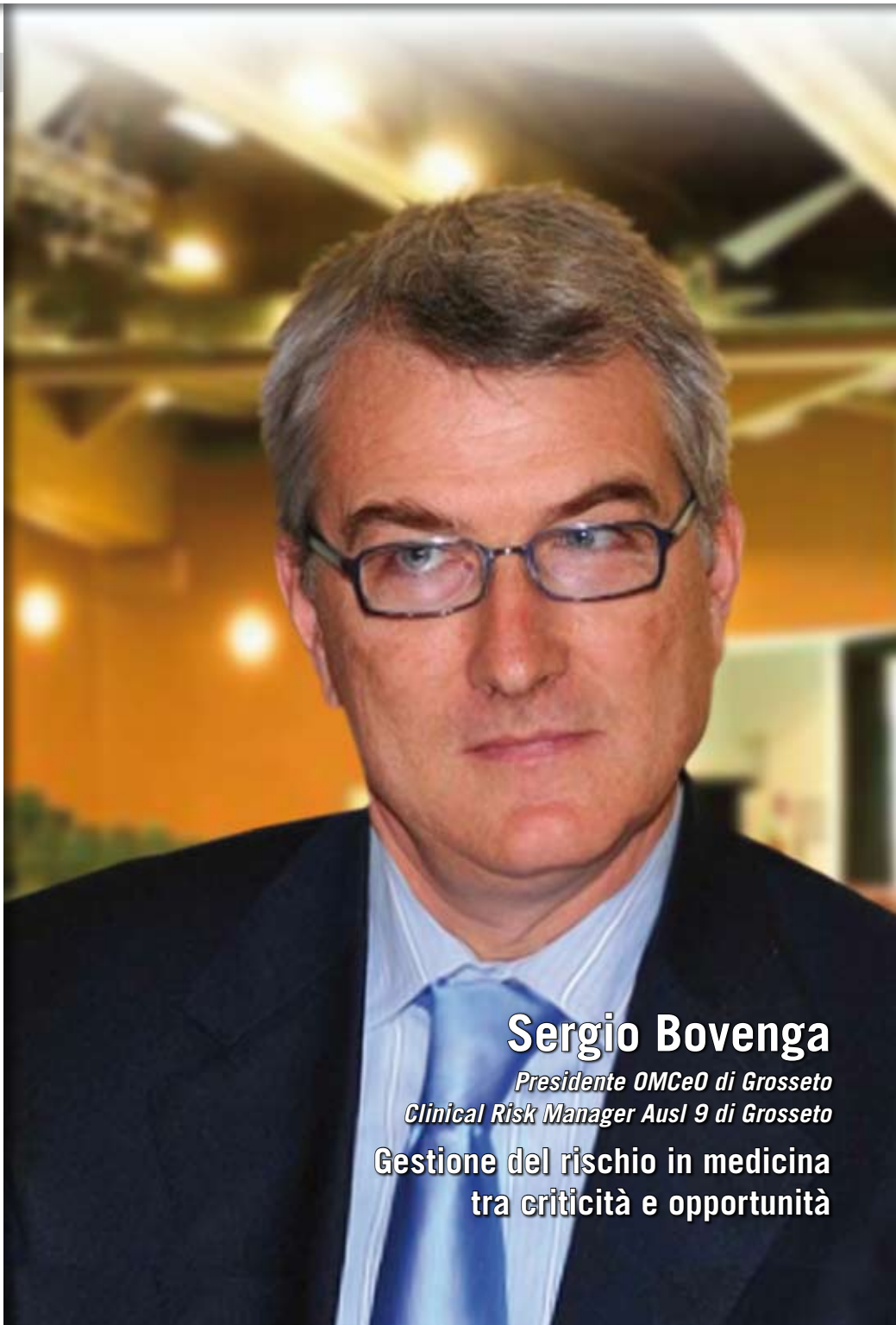
20

Caso di artrite gottosa senza variazioni dell'uricemia

RASSEGNA

22

Implicazioni dell'effetto placebo nella pratica clinica



Sergio Bovenga

*Presidente OMGeO di Grosseto
Clinical Risk Manager Ausl 9 di Grosseto*

**Gestione del rischio in medicina
tra criticità e opportunità**

Auguri al ministro Lorenzin, ne ha proprio bisogno

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo 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: info@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

Testata volontariamente sottoposta a certificazione
di tiratura e diffusione
Per il periodo 1/1/2012 - 31/12/2012
Periodicità: 15 numeri all'anno
Tiratura media: 30.507 copie
Diffusione media: 30.158 copie
Società di Revisione: RIA Grant Thornton

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 Trattamento Dati, Via Boscovich 61 20124 Milano

Beatrice Lorenzin è il nuovo ministro della Salute. Dopo Tina Anselmi, Maria Pia Garavaglia, Rosy Bindi e Livia Turco, una donna torna alla guida del Dicastero della Salute. Un Dicastero che però negli anni ha visto variare significativamente la sua funzione. Il cambio di denominazione, da ministero della Sanità a ministero della Salute e l'accorpamento nel 2009 al ministero del Welfare e delle Politiche Sociali, segnano i passaggi di questa mutazione. Il risultato è che il baricentro della sanità si è spostato sempre più nel Dipartimento dell'Economia e nella Conferenza Stato-Regioni. La traversie però non sono finite: in questa congiuntura difficile ed eccezionale, che ha dato vita al Governo delle larghe intese, la costituzione del ministero della Salute pare essere stata messa fortemente in dubbio. "Abolizione del ministero della Salute: solo voci o infausta realtà?" così, il 26 aprile scorso, titolava un comunicato stampa dell'Anao-Assomed in cui l'associazione dei medici dirigenti del Ssn evidenziava una forte preoccupazione per le voci "ufficose" sulla possibile soppressione del Dicastero della Salute nella composizione del Governo. Nella nota si ribadiva la necessità che la sanità rientrasse tra le priorità del nuovo esecutivo, cominciando ad eliminare la mina vagante dei nuovi *ticket* lasciati in eredità dagli ultimi governi.

Ma i nuovi *ticket* non sono la sola patata bollente con cui il ministro Lorenzin dovrà fare i conti. E c'è chi già scommette che le sue esili e giovani spalle siano inadatte a reggere cotanto peso. L'elenco delle priorità è infatti molto lungo e va dal nuovo accordo sulle cure primarie ai nuovi Lea, dall'applicazione della *spending review*, alla riduzione dei posti letto negli ospedali, dal blocco dei contratti, alla politica farmaceutica che comprende la questione industriale della filiera di settore. Nel frattempo arrivano gli auguri di rito con annesse raccomandazioni e richieste abrogative di leggi che hanno connotato fortemente il precedente dicastero (la legge Balduzzi), per essere chiari. Visto che le prime sfide che il neoministro dovrà affrontare sono quelle finanziarie - aumento dei *ticket* per altri 2 miliardi a partire dal gennaio 2014, gestione dei tagli da 31 miliardi alla sanità lasciati in eredità da Tremonti e confermati da Monti - non ci resta che accodarci al coro di auguri. Beatrice Lorenzin ne ha proprio bisogno!

Gestione del rischio in medicina tra criticità e opportunità



L'aumento dei contenziosi tra medici e pazienti e il conseguente ricorso alla medicina difensiva che sta caratterizzando l'esercizio della professione medica nel mondo occidentale rendono sempre più urgente mettere in campo azioni che abbiano come obiettivo quello di migliorare la sicurezza delle cure e ottimizzare la gestione del rischio clinico. A tale riguardo *M.D.* ha intervistato **Sergio Bovenga**, Presidente della OMCeO di Grosseto e Clinical Risk Manager dell'Ausl 9 toscana

► **Anna Sgritto**

Il *risk management* è definito quale strumento preventivo che si pone l'obiettivo di anticipare eventi avversi mediante l'identificazione, l'analisi e il controllo degli errori in ambito sanitario, ma è soprattutto un percorso culturale. Ed è proprio su questo concetto che il presidente dell'OMCeO di Grosseto si sofferma: "Il *risk management* è un percorso culturale che i professionisti della sanità, a partire dai medici hanno cominciato a sviluppare ormai da molti anni. Ma come tutti i cambiamenti culturali richiede tempi lunghi".

► **Un percorso ad ostacoli: il problema della sicurezza delle cure è stato affrontato in una sostanziale carenza di riferimenti legislativi e contrattuali?**

"Il primo vero riferimento in tal senso risale al Codice Deontologico del 2006 che ha introdotto l'articolo 14:

'Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico'. Anche nel Codice precedente il tema veniva affrontato, ma non in maniera strutturata come invece si delinea nell'articolo 14. Dal 2006 ad oggi la cultura del rischio clinico si è andata mano a mano sedimentando, ma non ha avuto uno sviluppo uniforme nel nostro Paese e presenta una situazione territoriale a macchia di leopardo con esperienze più avanzate e altre che stanno crescendo. Ma la strada è ormai segnata dalla crescente consapevolezza che ci fa considerare parte integrante della qualità delle prestazioni la sicurezza delle prestazioni stesse. E a tale riguardo vorrei sottolineare che l'aspetto più antico e meno tecnologico della sicurezza in sanità è rappresentato dalla relazione tra professionisti della salute e i pazienti/utenti. Una relazione forte che, per essere tale, deve essere caratterizzata da una buona, corretta ed esauriente informazione rispetto a ciò che ci accin-

giamo a fare. In altre parole, una relazione simmetrica in cui il medico metta a disposizione competenza, esperienza, condividendole con la persona che a lui si rivolge".

► **Oggi questo fondamento sembra essere in piena crisi?**

"Purtroppo è così e le ragioni sono molteplici e complesse. In una medicina povera di tecnologia e in una sanità a bassa complessità organizzativa, il colloquio con il paziente, la semeiotica fisica, il ragionamento clinico, l'esperienza e l'autorevolezza del professionista sono state alla base del processo diagnostico-terapeutico. Attualmente questo percorso è stato messo in crisi dallo sviluppo delle conoscenze e delle competenze in ambito sanitario, coinvolgenti più profili professionali. Il massiccio ingresso nella pratica clinico assistenziale di sofisticate tecnologie e presidi, il ruolo sempre più attivo dei citta-

dini nel richiedere accessibilità, efficacia e sicurezza dei servizi hanno incrementato in modo esponenziale la complessità delle organizzazioni sanitarie. In questo frangente noi medici abbiamo contribuito, sull'onda degli incredibili successi della ricerca biomedica e tecnologica, ad accreditare l'idea di una medicina quasi onnipotente, avvicinandola a una scienza esatta quando è vero l'esatto contrario. Proprio per questo penso sia sempre più necessario riportare la medicina, nella consapevolezza collettiva, in quell'alveo che le compete di scienza probabilistica e dell'incertezza, un'incertezza che non può e non deve più restare nel cuore e nella mente dei medici, ma che deve adeguatamente essere condivisa con i pazienti. Non dobbiamo dimenticare che l'obiettivo prioritario della cultura della sicurezza è proprio quello di trasferire progressivamente nelle attività quotidiane la cultura del dialogo e della comunicazione all'interno del mondo professionale. Ma affinché ciò accada è necessario che tutti (professionisti e cittadini) si sentano costantemente parte di un progetto e non siano solo finalizzati al rispettivo compito. Proprio per questo motivo occorre riflettere sul fatto che la scienza medica oggi è incomparabilmente più evoluta, efficace ed anche notevolmente più sicura rispetto a pochi decenni or sono, eppure sembra esserci una percezione di segno opposto quasi che alla ineluttabilità (non sempre vera) degli insuccessi del passato si contrapponga l'obbligatorietà (altrettanto illusoria) di conseguire in ogni caso un risultato positivo. Il medico operando in un tale contesto per poter placare la sua ansia di responsabilità mette in atto, in alcuni casi istintivamente, in altri deliberatamente, comportamenti di cosiddetta medicina difensiva le cui

conseguenze economiche, sanitarie e professionali presentano oggi un conto insostenibile”.

► **La legge Balduzzi sulla responsabilità professionale non mitiga un po' questa ansia di responsabilità?**

“La legge Balduzzi ha il merito di aver posto il tema della responsabilità professionale, cercando - e secondo me ci è riuscito solo in parte - di mettere da una parte l'esigenza dei cittadini di essere tutelati come è giusto che sia, e dall'altra l'esigenza dei medici di poter lavorare un po' più serenamente di quanto avvenga oggi. Un medico che lavora con maggior serenità come ho cercato di spiegare ha anche meno occasioni di compiere valutazioni non adeguate. La condizione che la legge pone - che lascia in capo alla responsabilità del professionista - è che il medico non incorre nella punibilità penale, comportandosi secondo quelle che sono le buone leggi della professione, o discostandosene in maniera argomentata e documentata. Ciò sembrerebbe sgombrare il campo per lo meno da quella quota di rivalsa nei Tribunali penali che non hanno ragione di esistere in quelle sedi. Ci sono giuristi che hanno posto qualche perplessità sui possibili risvolti di questa legge, sostenendo che, riferendosi esclusivamente alla colpa lieve, comporterebbe il rischio che gli avvocati possano cercare di continuare a stare nel solco del penale, ingegnandosi sempre più a dimostrare che quella determinata azione o omissione professionale sia da considerare colpa grave e non lieve. Come medico da questa legge traggio però alcuni stimoli positivi. Intanto fa passare un messaggio molto significativo e cioè che ciascun professionista non può agire in quan-

to tale, rimanendo nel campo dell'autoreferenzialità, ma deve essere aggiornato, deve conoscere quello che la comunità scientifica e professionale dice, deve essere disposto anche a modificare comportamenti professionali quando questi, alla luce dell'evidenze scientifiche, cessano di essere validi per lasciare il campo a ciò che è stato accertato. Ci insegna anche un'altra cosa e cioè che il processo intellettuale, mentale che sta alla base di ciascun atto diagnostico o terapeutico o prognostico per essere opportunamente valutato e quindi poter anche escludere elementi di responsabilità penale da parte del medico bisogna che sia chiaramente documentato. Non sempre la documentazione sanitaria che noi redigiamo nel quotidiano, dalla classica cartella clinica a tutte le altre documentazioni, sono compilate con quegli elementi di completezza, di chiarezza di intelligibilità di cui necessitano e che ci permettono poi di poter dare una informazione corretta ed esauriente ai nostri pazienti che sta alla base di una scelta condivisa. Proprio per questo diventa necessario che il tempo di relazione torni a essere tempo di cura. In caso contrario ci mettiamo sulla brutta china di trasformare una professione intellettuale in un mestiere. Allora non servirà più il medico, servirà un software in cui inseriamo una serie di sintomi che analizzati dal sistema ci daranno diagnosi e relativa cura”.

www.qr-link.it/video/0613



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

Si conclude tra le polemiche la sperimentazione di AmbMed

Si è chiusa in aprile la sperimentazione nel Lazio del progetto AmbMed, nato per arginare gli accessi impropri in Pronto soccorso attraverso l'ubicazione nei Ps di ambulatori gestiti dai Mmg per smaltire codici bianchi e verdi. La fine di questa sperimentazione e l'eventualità che il progetto non venga rinnovato dalla Regione, dopo la valutazione dei dati, ha innescato un dibattito acceso tra sindacati e associazioni di cittadini

Secundo i dati preliminari, gli 11 ambulatori AmbMed situati nel Lazio, in un anno di sperimentazione avrebbero assistito circa 34mila pazienti. Per la Fimmg sarebbe giusto prorogare la chiusura, in attesa di un progetto di più ampio respiro che coinvolga la sanità territoriale. Cittadinanzattiva-Tdm e l'associazione CODICI si accordano a questa richiesta. Per **Roberto Crea**, segretario regionale di Cittadinanzattiva non ha senso chiudere queste strutture senza fornire allo stesso tempo delle alternative valide ai pazienti: "Sarebbe stato molto meglio - ha specificato - lasciarli in funzione fino alla sostituzione con un altro sistema".

Il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) invece rilancia la proposta di ambulatori di cure primarie in ambito distrettuale quale risposta appropriata per assistere adeguatamente tutta quella popolazione che necessita di controlli per patologie croniche e non acute. "Questa è un'ulteriore risposta da dare alla cittadinanza che, insieme alle Unità di Cure Primarie e alla continuità assistenziale, andrebbe a rafforzare l'offerta sul territorio", si legge nella nota sindacale. E che il potenziamento della medicina di prima livello sia la risposta più adeguata è anche l'opinione della Simeu (Società Italiana della Medicina di Emergenza-Urgenza).

► Un'operazione di maquillage

Il presidente Simeu del Lazio, **Francesco Pugliese**, ha infatti usato parole forti definendo la sperimentazione AmbMed un'operazione di *maquillage*, che non incide sul problema del sovraffollamento dei Ps. Secondo Pugliese, la criticità dei servizi di emergenza ospedaliera è lo stazionamento dei pazienti in attesa di ricovero nei reparti, problema articolato, la cui soluzione implica una riorganizzazione dei percorsi all'interno dell'ospedale e sul territorio.

"L'attività degli ambulatori Med - ha dichiarato il presidente Simeu del Lazio - non ha inciso affatto sui flussi di questi pazienti, che sono i casi più gravi, quelli che risultano avere necessità di ricovero ospedaliero e a cui, in fase di triage, è attribuito un codice di priorità più alto, dal verde al rosso: i pazienti visti dai Mmg negli ambulatori della sperimentazione erano prevalentemente codici bianchi, tutti casi che si rivolgono impropriamente al Pronto soccorso e che dovrebbero invece trovare risposta alle loro richieste sul territorio. Ed è lì che gli ambulatori di medicina generale dovrebbero essere aperti, nell'ambito dei distretti territoriali, non negli ospedali dove si rischia piuttosto di duplicare un servizio già esistente - quello dei servizi territoriali - con una conseguente duplicazione anche dei costi".

Una protesta e cinque proposte per tutelare il futuro dei giovani medici

L'Associazione Italiana Giovani Medici (Sigm) ha organizzato un sit-in nazionale a Roma per il 14 maggio, per portare all'attenzione del nuovo Governo le gravi problematiche che investono l'iter professionale e lavorativo dei giovani camici bianchi italiani

Un momento di protesta e sensibilizzazione la cui finalità è quella di tutelare il futuro della professione medica nel nostro Paese. Con questo intento l'Associazione Italiana Giovani Medici (Sigm) ha organizzato un sit-in nazionale a Roma per il 14 maggio. Il titolo dato all'evento è fortemente evocativo: "Cambiare il Paese per non cambiare Paese: riscopriamo in Italia l'orgoglio di essere Medici!". Con questo slogan si chiama a raccolta il variegato mondo della giovane professione medica. L'intenzione è quella di dare una forte incisività a una battaglia che Sigm definisce di civiltà: "tesa a scongiurare l'emigrazione massiva delle migliori energie del Paese e il conflitto tra giovani, frutto dello scaricare il peso della mancate o comunque inadeguate politiche professionali sulle spalle delle giovani generazioni di medici".

► La formazione

La riforma della formazione pre e post laurea rappresenta il nodo centrale delle richieste avanzate dalla Sigm che chiede una riorganizzazione complessiva dell'intero sistema formativo attraverso la riduzione dei tempi di accesso al corso di specializzazione. In Italia chi si laurea in Medicina e Chirurgia è costretto ad attendere da sei mesi fino a un anno e mezzo prima di potere iniziare il corso di

specializzazione. Sulla scia di un modello già applicato all'estero, Sigm propone di far rientrare l'esame di abilitazione all'interno del corso di laurea, contestualmente alla discussione della tesi.

► Le proposte

Per l'Associazione Italiana Giovani Medici sarebbero cinque i punti nodali da dover necessariamente affrontare per ridare dignità alla professione medica:

1. Rilancio della formazione medica post laurea a 360°, attraverso l'adeguamento del capitolo di spesa della formazione medica specialistica e l'adozione di un contratto di formazione specifica in medicina generale.
2. Riforma immediata del concorso di accesso alla specializzazione, nel segno del merito e della trasparenza.
3. Corretta programmazione (quantitativa e qualitativa) del fabbisogno di professionalità mediche da formare ed adozione di politiche di sostegno all'accesso dei giovani medici al mondo del lavoro in modi e tempi che siano in linea con l'Europa.
4. Riconfigurazione del trattamento previdenziale dei medici in formazione specialistica.
5. Sostenere l'accesso alla ricerca - vero volano di sviluppo per la sanità e per il Paese - dei giovani medici al pari di quanto avviene nell'Unione Europea.

UbiCare: una piattaforma tecnologica per gestire le malattie croniche

Mettere in comunicazione tutti gli attori coinvolti, dai familiari agli specialisti, passando per i medici di medicina generale e il personale infermieristico specialistico. Con questo obiettivo è nato il progetto UbiCare, finanziato dalla Regione Puglia, che prevede la creazione di strumenti ICT innovativi per il monitoraggio a distanza del paziente e la loro iniziale sperimentazione presso due reparti del Policlinico di Bari, quello di nefrologia e cardiologia

Annarita Iannelli
Carmela Cosola
 UbiCare ATS

L'aumento delle patologie croniche, dovuto sia all'invecchiamento della popolazione sia alla maggiore efficacia delle attuali terapie, è alla base dell'aumento dei costi dei sistemi sanitari (regionali e nazionali). La necessità di mantenere un servizio assistenziale efficiente con alti standard qualitativi, tenendo contemporaneamente sotto controllo la spesa sanitaria, implica la sperimentazione e l'adozione di nuovi modelli di cura. Quelli basati sulla continuità assistenziale e cioè sull'integrazione tra ospedale e territorio, consentono una più razionale gestione del paziente a domicilio, spostando il focus dall'ospedale, più opportunamente deputato al trattamento delle patologie acute, verso la medicina generale e le strutture territoriali, con una sensibile riduzione dei costi.

► Il progetto

In tale scenario, il progetto UbiCare (*UBI*quitous *knowl*edge-oriented *social framework for continuing healthCARE*, cofinanziato dall'UE-PO Puglia FESR 2007-2013 ASSE I - Linea 1.2 - Azione 1.2.4) "Investiamo nel vostro futuro", si pone come mezzo più efficiente di gestione del paziente cronico. Mettendo in comunicazione pazienti, familiari e comparto medico, risulta funzionale per sod-

disfare le esigenze di questa popolazione in crescita ed alleviare parte della pressione su sistemi sanitari già oberati di lavoro. Inoltre, la sua interoperabilità migliora la comunicazione e consente ai pazienti e alle loro famiglie di svolgere un ruolo più importante e responsabile nel gestire la patologia, con notevoli risparmi anche dal punto di vista sanitario.

► Obiettivi

Il progetto ha come obiettivo la messa a punto e la sperimentazione sul campo di un "Social Network" che metta in comunicazione tutti gli attori coinvolti: pazienti e familiari, medici specialisti e di medicina generale, personale infermieristico specialistico. Il prototipo del sistema verrà testato in due contesti reali di sperimentazione: lo scompenso cardiaco cronico e la dialisi peritoneale, rispettivamente presso i reparti di cardiologia e di nefrologia del Policlinico di Bari.

UbiCare supporterà il personale medico e paramedico nella diagnostica e nel monitoraggio del paziente (anche a distanza); permetterà l'educazione del paziente ad uno stile di vita consono allo stato di salute in cui versa; consentirà la formazione del personale medico e paramedico relativamente alle procedure di diagnosi, agli interventi terapeutici e al follow up dei pazienti sia in modo



“situato”, ovvero durante lo svolgimento delle attività lavorative, sia in momenti appositamente dedicati alla formazione.

► Metodi

Tale innovativo modello di servizio assistenziale si basa sulla costituzione di reti integrate di cura che consentono la gestione clinica in remoto dei pazienti, grazie alla combinazione di tecnologie ICT, sistemi di monitoraggio a distanza, sistemi di condivisione dei dati sanitari e protocolli di cura, strumenti per la formazione continua. Dal punto di vista organizzativo questo modello si basa sul paradigma “Hub&Spoke” che prevede la concentrazione dell’assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (*Hub*) supportati da una rete di servizi (*Spoke*) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento, quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

La soluzione tecnologica adottata è una architettura SOA (*Service Oriented Architecture*) in grado di offrire servizi personalizzati di supporto alle decisioni in ambito medico, di gestione della conoscenza (anche di tipo esperienziale) e integrazione con sistemi informativi sanitari terzi quali sistemi di gestione delle cartelle cliniche elettroniche, nonché ulteriori sistemi informativi sanitari.

Tali servizi saranno fruibili in modalità classica (su computer) e sui diversi dispositivi mobili (*smartphone*, *tablet* e *pc*).

Il sistema, in corso di sviluppo, risulta composto da:

- Una piattaforma di *social networking* in grado di mettere in re-

te operatori e pazienti, nonché di erogare servizi di varia natura: formazione, supporto alle attività mediche, monitoraggio del paziente attraverso dispositivi di rilevazione di parametri antropometrici e vitali (peso, pressione, frequenza cardiaca), trasmissione dei parametri alla piattaforma attraverso *pc*, *tablet*, *smartphone* ed altri dispositivi mobili.

- Un sistema di supporto alle decisioni in grado di analizzare i dati clinici (anche in tempo reale), riconoscendo i diversi profili dei malati, di associare i protocolli terapeutici più appropriati al profilo patologico, di monitorare lo stato di salute dei pazienti in modo da segnalare immediatamente stati critici di salute.

- Un sistema di gestione della conoscenza in grado di sovrintendere a tutti gli aspetti formativi e di condivisione delle esperienze in ambito medico permetterà di elaborare simulazioni su casi clinici reali, erogare contenuti formativi e gestire le annotazioni sulle cartelle cliniche in modo da capitalizzare le esperienze del singolo medico a favore della comunità.

► Vantaggi attesi

Da diversi anni si parla di tecnologie ICT in Sanità: l’interesse legato alla telemedicina riguarda principalmente la riduzione della spesa sanitaria, ma anche la crescita della qualità della vita e dell’assistenza, soprattutto di malati cronici e anziani.

Uno dei punti di forza di UbiCare è il miglioramento della comunicazione tra i diversi attori, al fine di accrescere consapevolezza, compliance alle terapie e responsabi-

lizzazione del paziente, e la riduzione del ricorso all’ospedalizzazione. Tale sistema interoperabile consente di raccogliere le informazioni sui sintomi del paziente, sul trattamento seguito ed il comportamento assunto, e renderle costantemente disponibili al medico, in modo da richiedere ulteriori accertamenti o richiamare il paziente, adeguare le terapie, o intervenire tempestivamente in caso di emergenze.

Ma soprattutto UbiCare rappresenta un modello estendibile ad altre realtà cliniche, con molteplici vantaggi: supporto al personale medico e paramedico nella diagnostica e nel monitoraggio del paziente, anche a distanza; educazione del paziente e formazione continua al personale di base e specialistico; deospedalizzazione in conformità al modello *Hub&Spoke* e riduzione della spesa sanitaria.

I partner del progetto

UbiCare è finanziato dalla Regione Puglia, nell’ambito del POR FESR 2007-2013 - Obiettivo Convergenza - ASSE I - Linea 1.2 Azione 1.2.4 - Aiuti a sostegno dei partenariati regionali per l’innovazione.

UbiCare vede coinvolti, sotto forma di ATS (Associazione Temporanea di Scopo), le seguenti imprese ed organismi di ricerca:

- *Grifo multimedia s.r.l. - capofila*
- *Apulia Biotech s.c.a r.l.*
- *Cooperativa EDP La Traccia*
- *Kos Genetic s.r.l.*
- *Politecnico di Bari- Dipartimento di Elettrotecnica ed Elettronica*
- *Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” - Dipartimento di Informatica e Dipartimento dell’Emergenza e dei Trapianti di Organi*

Nuovi ticket e troppe esenzioni: che fare?

Il neoministro della Salute Beatrice Lorenzin, tra le innumerevoli questioni aperte lasciate in eredità dal precedente esecutivo dovrà porre particolare attenzione all'introduzione o meno di nuovi ticket. La compartecipazione alle prestazioni sanitarie presenta nel nostro Paese un quadro abbastanza variegato e complesso a seconda della prospettiva da cui si guarda

Secundo una recente inchiesta di *Repubblica* 1.8 milioni gli italiani nel 2012 hanno abbandonato il sistema sanitario pubblico, rinunciando a esami, visite, analisi. Si tratterebbe di cittadini per i quali i 45 euro di ticket per farsi visitare da un'oculista o 65 euro per sottoporsi a una ecografia non sarebbero più sostenibili. Una tendenza che si era già registrata nel 2011, ma che l'anno scorso è esplosa.

Nel 2012, tra attività pubblica e convenzionata, l'incasso per le Regioni è stato di 2 miliardi e 285 milioni, cioè 549 milioni in meno di quanto era previsto. Secondo la Cgil, la situazione si presenterebbe ancora più drammatica rispetto a quella delineata dall'inchiesta di *Repubblica* e in una nota sindacale sottolineano che: "il Censis segnala un fenomeno di proporzioni più vaste" sarebbero "nove milioni gli italiani che hanno rinunciato alle cure nel 2012 per motivi economici. E cresce, per chi può farcela, il ricorso alla sanità privata, che diventa spesso più conveniente di quella pubblica gravata dai ticket.

Gli ulteriori due miliardi di ticket - introdotti dall'ultima manovra di Berlusconi - e previsti per l'anno prossimo, sarebbero la mazzata finale, l'ennesima spinta verso una sanità privata che nega alla radice l'idea della salute e delle cure come diritti universali di cit-

tadinanza. Anche questa è ormai con tutta evidenza un'emergenza sociale".

► Un dato eclatante

In un tale contesto bisogna anche fare i conti con i dati del ministero della Salute - anticipati dall'Adnkronos Salute - sul flusso delle ricette di specialistica ambulatoriale nel 2012 secondo cui su 207 milioni di prescrizioni, 145 milioni sono con esenzione, cioè il 70% delle ricette.

Una media nazionale che è abbondantemente superata in alcune Regioni del Sud. In Campania, per esempio arriva all'86%, inoltre in questa Regione la maggior parte delle esenzioni risulta legata al reddito.

A livello nazionale si è comunque registrato un aumento delle esenzioni per reddito che sono passate da 64 milioni nel 2011 a 67 milioni nel 2012.

Per Anaa Assomed, il fatto che le maggiori esenzioni si verificano al Sud, confermerebbe come il Paese risulti diviso sul fronte del disagio sociale e della precarietà economica. "Non rifugiamoci dietro ad un facile perbenismo che vede le esenzioni come una 'furbata' del Belpaese: in quei dati - ha dichiarato il sindacato della dirigenza medica del Ssn - c'è un Paese che chiede certezze e ripresa, anche e soprattutto sul fronte della sanità".

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia

Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

È un mio coetaneo e un mio assistito da molti anni. Mesi fa è comparsa una fastidiosa disfagia per cui ho richiesto una esofagogastroduodenoscopia che ha evidenziato una neoplasia inoperabile dell'esofago.

È cominciato il calvario: esami, visite chirurgiche, chemioterapia, applicazioni di stent. Non si è mai aperto più di tanto con me, ha sempre mantenuto un certo distacco come non volesse coinvolgermi più di tanto in una vicenda estremamente intima e personale. Il riserbo di una persona indipendente e libera.

Le condizioni sono drasticamente peggiorate, ora è cachettico, è l'ombra di quello che era, è molto sofferente e resiste grazie ai farmaci antidolorifici. Le mie visite si sono fatte più frequenti, posso fare poco, mi limito a fare in modo che non abbia dolori e che sia idratato. Oggi sono stato a casa sua e il problema era il continuo stimolo ad andar di corpo.

Con l'aiuto della moglie e della figlia che lo hanno tenuto, delicatamente e amorevolmente appoggiato su di un fianco, ho eseguito una esplorazione rettale e sono riuscito ad asportare un po' alla volta un grosso fecaloma. Mentre compivo l'operazione, cercavo di sdrammatizzare per diminuire l'evidente imbarazzo in cui il paziente si trovava.

È un uomo che si fatto da solo e che è sempre stato abituato a dirigere gli altri, ora si lasciava andare e mentre il fastidio scompariva, accennava anche un segno di sorriso, complice qualche mia battuta.

Non mi stavo sporcando le mani, anzi, in quei gesti c'era l'essenza di essere medico: stavo curando una persona nella sua interezza che si fidava di quello che facevo e questo lo percepivo chiaramente.

La maschera di sofferenza del suo volto ha accennato un altro segno di distensione quando gli ho detto quanto sia fortunato ad avere due angeli che lo accudiscono con tanto amore.

Ho pensato anche alle circolari, alle mail, ai burocrati, ai manager, ai dirigenti medici che continuano a dettarci regole ma che non hanno la minima idea di cosa sia fare il medico e tanto meno sanno cosa significhi lavarsi le mani tante volte in un giorno.

Martedì

Ha trentasette anni ed è nata con una massa solida al setto interventricolare. Fin da piccola ha eseguito periodici controlli per questa inoperabile neoformazione al cuore che lentamente continua a crescere.

Ha due figli, il più piccolo ha due anni, e vive nel terrore di non vederli grandi; viene in ambulatorio al più piccolo disturbo, sta attenta a qualsiasi sintomo

che io cerco di interpretare e minimizzare rassicurandola.

Entrambi conosciamo però la vera ragione dei nostri frequenti incontri.

Mercoledì

È un'epidemia! Un'epidemia di tumori. Tutti i giorni un sospetto, una nuova diagnosi, nuove complicazioni e nuovi drammi. La seconda metà del secolo scorso e la prima di questo saranno ricordate come l'era del cancro così come altri periodi storici sono ricordati per la peste o per la tubercolosi.

Tutti viviamo nel terrore di questa malattia. Si continua con la chemioterapia senza risultati per la maggior parte delle neoplasie.

Pochi hanno il coraggio di dire che questa è la strada sbagliata e vengono considerati degli eretici.

Giovedì

Piove e fa un freddo cane, arrivo fradicio davanti alla casa di un'anziana paziente.

I parenti mi hanno chiamato stamane in studio dicendomi che da qualche giorno era strana, non rispondeva adeguatamente, era sempre assopita. "Arrivo nel pomeriggio, appena mi libero" avevo risposto.

Suono il campanello ma non risponde nessuno, riprovo dopo un minuto, niente, fradicio, provo a suonare al campanello vicino, dopo qualche minuto scende dalle scale esterne della casa una signora dall'aria scocciata, è una parente che vive al piano di sopra: "Lei è il dottore? La nonna l'hanno portata in ospedale, hanno chiamato l'ambulanza, da qualche giorno era strana". Scocciata, senza salutare rientra, fuori fa freddo.

Continuo a interrogarmi sul mio ruolo e sulla mia professione.

Venerdì

Giovane, laurea breve, disoccupato ma con auto costosa e vita notturna. L'aspetto è inconfondibile: "Dimmi che droghe assumi", "Solo marijuana un paio di sere alla settimana, perché fa male forse? È anche terapeutica per il mio morbo di Crohn." Se ne va, vestito all'ultima moda, con atteggiamento da vittima, ma con una cera e uno sguardo che indicano un abuso di sostanze che va ben oltre la cannabis.

In giornata arrivano anche oggi due richieste di aborto da parte di giovani donne sposate per cui la gravidanza non è frutto di scelta ma una fatalità e l'aborto non è una opzione estrema, ma un anti-concezionale.

Sabato

La rimozione della morte dalla nostra società e il messaggio di immortalità che continuamente passa nei media sono responsabili di comportamenti dalle conseguenze nefaste.

Sono responsabili della prevalenza dell'apparire sull'essere, della incapacità di assumere responsabilità, della inconsistenza dei rapporti, dell'egoismo e della solitudine. E proprio in questa società il fine vita e la morte, nascosti alla vista del mondo, ricompaiono ai singoli in una veste drammatica.

La drammatica solitudine, l'assenza di una famiglia e della solidarietà vengono solo in parte bilanciati dalla presenza del medico di famiglia, dalle cure domiciliari garantite dal sistema sanitario o dal personale di un hospice.

Quotidianamente assisto persone che nel momento più difficile della loro esistenza si trovano in mano ad estranei, a badanti e operatori sanitari per cui rappresentano soltanto incombenze lavorative e niente più.

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **DIPENDENZE**

Il modello italiano del sistema di cura delle dipendenze

■ **EPATOLOGIA**

Terapia HCV, una risposta alle esigenze dei pazienti

■ **FARMACI**

*Terapia orale contro la sclerosi multipla
clinicamente definita*

■ **GERIATRIA**

I trattamenti antidepressivi nella malattia di Alzheimer

■ **PEDIATRIA**

Psoriasi in età pediatrica: complessità clinica e terapeutica

■ **REUMATOLOGIA**

*Lupus eritematoso sistemico,
quando il sistema immune fa errori*

■ DIPENDENZE

Il modello italiano del sistema di cura delle dipendenze

In Italia la risposta terapeutica ai pazienti colpiti da dipendenze patologiche è gestita da un network che rappresenta una realtà unica in Europa. Al centro vi sono i SerT, i Servizi pubblici per le dipendenze, impegnati in rete con le comunità terapeutiche, le altre strutture del Ssn e degli enti locali per garantire la continuità assistenziale.

Nell'ambito delle dipendenze non si può più parlare solo di tossicodipendenza da eroina ma vengono inserite nella categoria forme diverse sia per la comparsa di nuove sostanze sia per il diffondersi di nuovi utilizzi per sostanze già note, per policonsumo e per la dipendenza legata a comportamenti (si pensi, per esempio, al gioco d'azzardo patologico).

In questo contesto spiccano i consumi problematici di oppiacei, alcolici e psicostimolanti, in particolare il tabacco e la cocaina, oltre al citato incremento del gioco d'azzardo patologico. Rispetto al consumo di oppiacei è da segnalare la riduzione dell'assunzione di eroina per via iniettiva a favore di un'assunzione per via inalatoria. Di particolare importanza è inoltre il fenomeno – spesso sottovalutato se non ignorato – del consumo di psicofarmaci

prescritti e non prescritti.

“Sul nostro territorio la continuità assistenziale è garantita per mezzo di una rete realizzata che - commenta **Alfio Lucchini**, Direttore del Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2 e Presidente Nazionale FeDerSerD - “partendo dal Ministero della Salute, vede le Regioni, tramite le Asl, come fulcro dell'organizzazione dei Servizi di cura noti come SerD e delle comunità terapeutiche. I 550 SerD presenti sul territorio lavorano in modo multidisciplinare con compiti di prevenzione, accoglienza, diagnosi e cura, coordinati a livello di rete territoriale dai Dipartimenti delle Dipendenze. Il numero di pazienti annui nei Servizi sono circa 300.000, con un incremento di nuove patologie come quelle comportamentali”. Gli strumenti utilizzati nel trattamento, che assumono il loro rilievo e la loro importanza sulla base della costruzione di una relazione e di un'alleanza terapeutica significativa sono diversi. Fondamentale è la funzione di valutazione, svolta inizialmente e ulteriormente riformulata e arricchita nell'evoluzione del percorso di cura, la costruzione di un progetto di riabilitazione adeguato, gli approcci farmacoterapeutici, gli interventi sanitari sul versante

ambulatoriale o in condizione di ricovero, i supporti psico-educativi e psico-sociali, gli interventi semiresidenziali e residenziali brevi o di lungo termine.

Secondo i dati FeDerSerD, nel 2010 le cure erogate hanno prodotto almeno 34 milioni di giorni liberi da droga e un miliardo e 700 milioni di euro sottratti alla criminalità organizzata. “Un tema cruciale – ha proseguito Lucchini – è quello dei costi del sistema di cura. Possiamo dire di avere un'incidenza pari allo 0.7% del Fondo Sanitario Nazionale e allo 0.06% del PIL, contro costi sociali legati alle droghe pari al 2% del PIL. E in queste cifre non è compreso il gioco d'azzardo patologico. A fronte di un investimento di poco più di un miliardo di euro, il sistema di intervento si valuta porti a un risparmio superiore ai 6 miliardi, in termini di mancato acquisto di droghe e reddito di lavoro acquisito”.

Il tema dei costi ha una sua rilevanza ma non vanno dimenticate le capacità dei professionisti dei Servizi di creare legami terapeutici efficaci, che costituiscono la vera centralità nonché la garanzia di un buon esito dei trattamenti e di contenimento delle spese.

www.qr-link.it/video/0613



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

■ EPATOLOGIA

Terapia HCV, una risposta alle esigenze dei pazienti

Il 48° meeting annuale dell'European Association for the Study of the Liver (24-28 aprile, Amsterdam) è stata l'occasione per presentare i risultati degli studi clinici di fase 3 (NEUTRINO, FISSION, POSITRON e FUSION) tesi a valutare sofosbuvir in mono-somministrazione quotidiana per il trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV). Inoltre, i risultati dettagliati dei quattro studi clinici sono stati anche pubblicati in due articoli sul *New England Journal of Medicine* (23 aprile 2013, epub ahead of print).

Sofosbuvir è un inibitore appartenente alla classe degli analoghi nucleotidici

della proteina NS5B dell'HCV, che svolge un ruolo fondamentale nella replicazione dell'HCV. È un agente ad azione diretta, il che significa che interferisce direttamente con il ciclo di vita dell'HCV sopprimendo la replicazione virale.

Nel corso dei quattro studi, sofosbuvir è stato somministrato a circa 1.000 pazienti affetti da infezione cronica da HCV come parte di un regime terapeutico completamente orale della durata di 12 o 16 settimane in combinazione con ribavirina (RBV) nei genotipi 2 e 3, o con RBV e interferone pegilato per 12 settimane nei genotipi 1, 4, 5 e 6. Sono stati osservati tassi totali di Risposta Viro-

logica Sostenuta (SVR12) 12 settimane dopo il completamento della terapia del 50-90%. I pazienti che raggiungono la SVR12 sono considerati guariti dall'infezione da HCV.

In questi studi, la terapia a base di sofosbuvir ha evidenziato tassi di efficacia elevati e un profilo di sicurezza favorevole, riducendo nel contempo la necessità di iniezioni di interferone per 12 settimane o eliminando completamente l'interferone dal regime terapeutico.

Lo scorso aprile è stata depositata una domanda di approvazione presso la FDA statunitense per sofosbuvir nel trattamento dell'infezione da HCV ed è prevista la presentazione di domanda per l'approvazione regolatoria in altre aree geografiche, tra cui l'Unione europea, nel secondo trimestre del 2013. L'Agenzia Europea per i Medicinali ha accolto la richiesta di una valutazione accelerata, una designazione concessa ai nuovi medicinali di rilevante interesse per la salute pubblica.

Tabella 1

Studi di fase 3 condotti su sofosbuvir

Studio	Popolazione	Gruppi terapeutici	Tassi di rispost virologica sostenuta a 12 settimane
NEUTRINO	Pazienti naïve con genotipo 1/4/5/6	Sofosbuvir + RBV + Peg-IFN per 12 settimane	90% (295/327)
FISSION	Pazienti naïve con genotipo 2/3	Sofosbuvir + RBV per 12 settimane o	67% (170/253)
		Peg-IFN + RBV per 24 settimane	67% (162/243)
POSITRON	Genotipo 2/3, intolleranti, non eleggibili o non consenzienti al trattamento con IFN	Sofosbuvir + RBV per 12 settimane o	78% (161/207)
		Placebo per 12 settimane	0% (0/71)
FUSION	Pazienti con genotipo 2/3 già sottoposti a terapia	Sofosbuvir + RBV per 12 settimane o	50% (50/100)
		Sofosbuvir + RBV per 16 settimane	73% (69/95)

RBV = Ribavirina; Peg-IFN = interferone pegilato

NEJM, 2013 epub ahead of print

■ FARMACI

Terapia orale contro la sclerosi multipla clinicamente definita

I pazienti con Sindrome Clinicamente Isolata (CIS) – che prelude spesso alla sclerosi multipla clinicamente definita (CDMS) – possono essere sottoposti a trattamento precoce con teriflunomide, farmaco che si è rivelato efficace nel ritardare la conversione della CIS nella forma clinicamente definita. La sindrome clinicamente isolata si riscontra in pazienti giovani ed è definita come un primo episodio clinico con sintomatologia neurologica compatibile con sclerosi multipla. I dati di efficacia sono quelli dello studio clinico TOPIC, attualmente in corso, che ha valutato l'efficacia del trattamento precoce con teriflunomide. Nello studio i pazienti in trattamento con teriflunomide al dosaggio di 14 o 7 mg hanno mostrato, rispetto al gruppo placebo, una tendenza significativamente inferiore a sviluppare la CDMS, definita come occorrenza di un secondo attacco clinico, endpoint primario. Dati aggiuntivi, incluso gli obiettivi secondari e terziari, saranno presentati prossimamente in occasione di un prossimo congresso scientifico.

Nei pazienti trattati con teriflunomide 14 mg, è stata osservata una riduzione del 43% del rischio di conversione a CDMS nel corso dei

2 anni di durata dello studio, rispetto a placebo ($p=0.0087$); nei pazienti trattati con teriflunomide 7 mg, è stata osservata una riduzione del 37% del rischio di conversione a CDMS nel corso dei 2 anni di durata dello studio, rispetto a placebo ($p=0.0271$).

Questi risultati sono importanti perché rispondono al bisogno clinico non ancora soddisfatto di potere disporre di un'opzione terapeutica efficace in formulazione orale per i pazienti che si trovano in questa fase della malattia.

Teriflunomide combina l'esigenza di efficacia, rispetto alla malattia e alla disabilità, con un ottimo profilo di tollerabilità e di sicurezza. Ciò la rende una molecola estremamente interessante per un trattamento di prima linea nella sclerosi multipla a ricadute e remissioni. Il farmaco è approvato negli USA, in Australia e in Argentina per il trattamento delle forme recidivanti di SM. Le richieste di autorizzazione alla commercializzazione sono in corso di esame da parte delle autorità regolatorie a livello globale e si auspica che l'EMA segua la stessa linea di condotta rendendo disponibile il farmaco al più presto in Europa e, quindi, anche in Italia.

Teriflunomide è un immunomodulatore con proprietà antinfiammatorie, il cui meccanismo d'azione, ancora in parte incompreso, sembrerebbe determinare una riduzione del numero di linfociti attivati nel sistema nervoso centrale (SNC).

► Sintomatologia della sindrome clinicamente isolata

La sindrome clinicamente isolata definisce la comparsa di un episodio neurologico (sintomo o segno), che duri almeno 24 ore e che sia compatibile con una malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale. Il processo può interessare varie sedi: nervo ottico (neurite ottica), emisferi cerebrali (sindrome emisferica), troncoencefalo/cervelletto (sindrome troncoencefalica acuta), midollo spinale (mielite). Il quadro sintomatologico è estremamente variegato, nel senso che un paziente può presentare un solo singolo sintomo neurologico come per esempio una neurite ottica retrobulbare, causato da una singola lesione, o più segni o sintomi contemporanei, causati da più lesioni cerebrali. Nel primo caso si parla di CIS monofocale, nel secondo di CIS multifocale.

I soggetti con una CIS non necessariamente svilupperanno la SM in quanto il rischio dipende da molteplici fattori: la forma multifocale ha un rischio di conversione maggiore, ma conta anche il numero di lesioni alla risonanza magnetica del cervello e del midollo spinale, il tipo di lesioni e la loro sede.

■ GERIATRIA

I trattamenti antidepressivi nella malattia di Alzheimer

■ Angela Walmar

La concomitanza di malattia di Alzheimer e di depressione è una condizione di particolare fragilità dei pazienti, nei quali il ricorso a terapie antidepressive va considerato in funzione della gravità del disturbo dell'umore. Anche se tollerabilità e sicurezza degli antidepressivi depongono a favore del loro impiego clinico nei pazienti anziani e fragili con deterioramento cognitivo, deve essere sempre messa in atto una costante vigilanza sugli effetti collaterali (*Psicogeriatrics* 2010; 1 (suppl): 55; *BMJ* 2011; 343: d4551). Un disamina dell'argomento è stata presentata nella cornice del 13° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrics (AIP), Gardone Riviera, 18-20 aprile 2013.

La depressione è uno dei disturbi neuropsichiatrici più comuni nella malattia di Alzheimer (AD): secondo stime tratte da studi di popolazione il 20% dei malati di AD presentano una condizione depressiva.

Mentre gli studi clinici indicano una prevalenza della depressione maggiore pari al 20-25%, con un ulteriore 20-30% dei pazienti che presenterebbe altri disturbi de-

pressivi minori.

Nonostante le scarse prove dell'efficacia degli antidepressivi fornite dai primi studi clinici randomizzati, diverse linee guida pubblicate tra il 1998 e il 2006, ne raccomandano il loro uso nella depressione associata a malattia di Alzheimer (*BMJ* 1998; 317: 802; *Neurology* 2000; 56: 1156). Tuttavia, studi più recenti forniscono dati contrapposti, sottolineando come non esista dimostrazione sufficiente dell'efficacia degli antidepressivi nel trattamento della depressione in corso di demenza (*J Am Geriatr Soc* 2011; 49: 577).

Accanto vi sono le considerazioni su tollerabilità e sicurezza perché, se è generalmente condiviso il dato che gli antidepressivi di II generazione offrono complessivamente un profilo migliore rispetto ai triciclici, bisogna però tenere presente che questi farmaci non sono privi di effetti indesiderati potenzialmente rilevanti nella popolazione anziana (*BMJ* 2011; 343; d4551).

Inoltre, un problema rilevante nel trattamento con antidepressivi dell'anziano è rappresentato dalla possibilità che si verificano effetti

indesiderati come espressione dell'interazione tra farmaci: un rischio al quale l'anziano, per l'elevata frequenza di politrattamenti, è particolarmente esposto. L'anziano, infine, può manifestare una maggiore vulnerabilità agli effetti indesiderati, rispetto a un paziente adulto giovane, che gli deriva dalle modificazioni farmacodinamiche e farmacocinetiche legate all'età e dalla maggiore incidenza di comorbidità.

Per tutte queste considerazioni alcuni autori suggeriscono di procedere secondo un algoritmo a step progressivi.

Il primo, sostanzialmente di attesa, prevede nei primi 3 mesi, l'identificazione e la correzione dei fattori biopsicosociali che possono influire negativamente sul tono dell'umore e un supporto psicologico, di counselling, educativo per pazienti e caregiver.

Se inefficace, il secondo step comprende interventi psicosociali formali per eventualmente arrivare al terzo step, quello di una terapia farmacologica, in genere riservata ai casi più gravi (*Neuropsychopharmacology* 2012; 37: 851; *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 558).

È comunque necessario che dalla ricerca provengano sia dati clinici sia informazioni di tipo fisiopatologico che, per esempio, facciano chiarezza sui meccanismi alla base della resistenza agli antidepressivi nei pazienti con demenza o sull'eventuale diversità neurobiologica di questa depressione rispetto a quella senza demenza.

■ PEDIATRIA

Psoriasi in età pediatrica: complessità clinica e terapeutica

La psoriasi in età pediatrica rappresenta il 4% di tutte le dermatosi osservate al di sotto dei 16 anni di età.

L'eziopatogenesi è complessa e multifattoriale e si ritiene sia sostenuta dall'interazione tra fattori genetici, immunitari ed extragenetici (infezioni, traumi, farmaci, fattori climatici ed endocrinologici, ecc).

La psoriasi può essere classificata sia in base alle sedi di localizzazione (gomiti e ginocchia, tronco, cuoio capelluto, pieghe, viso) che alle caratteristiche cliniche. In età pediatrica le forme più frequenti sono la psoriasi a placche, quella guttata, e quella localizzata alle pieghe (forma invertita). Quest'ultima, ove prevale la componente eritematosa a discapito di quella desquamativa, può essere fonte di perplessità diagnostica. Anche la localizzazione all'area del pannolino, forma più comune nel lattante (in genere tra i 3 e i 6 mesi), può creare notevole confusione entrando in diagnosi differenziale con la dermatite da pannolino.

La psoriasi guttata è la forma di più frequente riscontro in età pediatrica e si manifesta con la comparsa eruttiva di elementi lentico-

lari multipli, spesso in seguito ad una infezione faringo-tonsillare o ad una vaccinazione. Quella a placche infine è caratterizzata da manifestazioni eritemato-desquamative nelle sedi tipiche (gomiti, ginocchia, tronco, capillizio). Esistono anche altre forme più complesse che interessano l'intera superficie cutanea che fortunatamente sono molto rare.

In genere la diagnosi è anamnestica e clinica e si basa sulla tipica morfologia e sulla distribuzione delle lesioni. Nella diagnosi di forme clinicamente dubbie come pure nel monitoraggio terapeutico può risultare utile la videodermatoscopia, tecnica non invasiva in grado di individuare in vivo le modificazioni dell'architettura microvascolare. L'esame istologico è invece raramente praticabile nei bambini a causa della sua invasività.

► Opzioni terapeutiche

Le opportunità terapeutiche disponibili sono numerose e comprendono farmaci topici, sistemici e mezzi fisici (fototerapia). Purtroppo le linee guida non sempre fanno riferimento alle strategie da adottare in

età pediatrica e dunque per impostare il trattamento più idoneo vanno considerati vari fattori quali età, caratteristiche della malattia, comorbidità, effetti collaterali dei farmaci, capacità di autogestire la terapia e situazione familiare.

La terapia topica è considerata il cardine terapeutico e si avvale di cheratolitici, corticosteroidi, derivati della vitamina D3, retinoidi e inibitori della calcineurina, preparazioni galeniche a base di eosina, da utilizzare comunque con molta cautela ed attenzione.

Molto utile risulta l'impiego di prodotti emollienti e antinfiammatori non steroidei in grado spesso di controllare le forme lievi e localizzate in sedi particolari (viso, pieghe, genitali), anche in considerazione del fatto che, quando possibile, l'utilizzo di farmaci in età pediatrica, sarebbe comunque da evitare. La terapia sistemica va riservata alle forme di psoriasi grave o estese che non rispondono ai trattamenti topici. Va infine ricordato come nella gestione della psoriasi in età pediatrica è di particolare importanza l'attenzione alle possibili ripercussioni psicologiche sia sul bambino che sui familiari.

www.qr-link.it/video/0613



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

■ REUMATOLOGIA

Lupus eritematoso sistemico, quando il sistema immune fa errori

Ad oggi priva di una causa specifica, il lupus eritematoso sistemico (LES) è una patologia multifattoriale, caratterizzata dalla comparsa di una risposta immune errata rivolta contro i costituenti dell'organismo e con potenziale interessamento di tutto l'organismo. "Il LES è una malattia estremamente difficile da diagnosticare precocemente - ha commentato Pier Luigi Meroni, Direttore del Dipartimento di Reumatologia dell'Istituto Gaetano Pini di Milano - perché caratterizzata da manifestazioni variabili e decorso imprevedibile, spesso con fasi alterne di remissione e riacutizzazione. Inoltre, in più di otto pazienti su dieci l'esordio della malattia è insidioso, con conseguente ritardo diagnostico che nell'adulto mediamente è di tre anni rispetto ai primi sintomi. In termini generali le manifestazioni più frequenti come febbre, dolori alle articolazioni, sensazione di stanchezza sono estremamente diffuse e poco specifiche. Purtroppo però sono proprio questi i sintomi presentati dalla maggior parte dei malati: la febbre è in genere intermittente e quasi sempre non è preceduta da brividi. Per tale motivo sovente la

diagnosi iniziale è quella di cause più comuni (per esempio una sindrome influenzale) e questo ovviamente comporta un'elevata difficoltà nel giungere a riconoscere la patologia.

Sono stati identificati tre stati di malattia in base all'attività: recidivante-remittente, con fasi alterne di attività e non attività; quiescente, quando la malattia rimane in fase di inattività per almeno un anno; cronico-attivo in caso di persistenza in fase attiva per almeno un anno della malattia.

Tra gli organi e gli apparati più colpiti ricordiamo la cute (le manifestazioni sono presenti in circa l'85% dei soggetti), le articolazioni (interessate nel 95% dei pazienti, le cui manifestazioni possono precedere di molti anni quelle generali), il rene con la glomerulonefrite lupica, che è la forma più diffusa e grave dell'interessamento renale della patologia ed è presente nel 5-75% dei pazienti, il cuore e i vasi, il sistema nervoso con manifestazioni assai varie (stato confusionale, psicosi, depressione maggiore, epilessia, ictus, mielite trasversa), l'apparato emopoietico con alterazioni della coagulazione, quello respiratorio.

La terapia del LES deve essere valutata caso per caso, in base alle condizioni del paziente e al livello di gravità della malattia. Sostanzialmente punta a controllare l'attività della malattia, limitando i possibili effetti collaterali, a prevenire riaccensioni della patologia e ulteriori danni d'organo e il mantenimento della funzionalità quotidiana del paziente.

In questo contesto si inserisce belimumab, il primo farmaco specifico per il LES negli ultimi 50 anni, indicato nei pazienti con alto grado di attività di malattia in aggiunta all'attuale standard terapeutico. "Belimumab è il capostipite di una nuova classe di farmaci, gli inibitori BLYS-specifici - ha spiegato Andrea Doria, Professore associato di Reumatologia all'Università di Padova - in grado di bloccare l'attività biologica di questa proteina naturale necessaria per la sopravvivenza dei B-linfociti e la loro trasformazione in plasmacellule mature". L'inibizione di BLYS induce apoptosi dei linfociti B autoreattivi, e consente di diminuire i livelli degli autoanticorpi responsabili del peggioramento della malattia, soprattutto a carico di articolazioni, cute, cuore, polmoni, reni e cervello.

www.qr-link.it/video/0613



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

Caso di artrite gottosa senza variazioni dell'uricemia

Il caso si riferisce a un'anziana paziente, affetta da numerose comorbidità patologiche controllate da opportune terapie, che da tempo lamentava una importante coxalgia destra, associata a rigidità articolare, dolore alla mobilizzazione e limitazione funzionale rilevante

Leonida Iannantuoni

Medico di medicina generale
Coordinatore Seminari Interdisciplinari
C.F.S. in Medicina Generale, Foggia
WONCA Member

► Storia clinica

Paziente di sesso femminile, di 79 anni, casalinga, vedova.

Anamnesi fisiologica: nata a termine da parto eutocico, normali i primi atti di vita vegetativa, allattamento materno, menarca a 11 anni circa, una gravidanza a termine.

Anamnesi patologica: esiti di artroprotesi al ginocchio destro, ipertensione arteriosa, cardiomiopatia ipertensiva, ipercolesterolemia, BPCO, osteoporosi senile, artrosi polidistrettuale. Per tali patologie è in trattamento farmacologico con:

- alendronato 70 mg/settimana,
- ASA 100 mg/die,
- rosuvastatina 20 mg/die,
- irbesartan 150 mg/die,
- FANS e mucolitici al bisogno.

► Esame obiettivo e iter diagnostico-strumentale

Nell'ottobre del 2010 giungeva in ambulatorio per problemi legati all'ipertensione. Nel corso del colloquio lamentava la persistenza, da qualche tempo, di una fastidiosa coxalgia destra. All'esame obiettivo si evidenziava rigidità articolare associata a dolore spontaneo, che si esacerbava alla flessione-estensione della coscia, andatura caratterizzata da zoppia di fuga.

Non ottenendosi alcun miglioramento con una terapia prima con FANS prima, e successivamente con Coxib, paracetamolo/codeina, nel novembre 2010 ritenevo necessaria l'esecuzione

di radiografia dell'anca destra che evidenziava: "... coxartrosi bilaterale, con rime articolari d'ampiezza conservata. Intensa osteopenia. Formazione tenuamente calcica nelle parti molli adiacenti il collo femorale destro, versante mediale" (figura 1). Alla luce di tale referto si imponeva un approfondimento diagnostico tramite esame TAC dell'arto inferiore destro con e senza mezzo di contrasto il cui referto recitava: "A carico del collo del femore destro, anteriormente rispetto al piccolo trocantere, alterata struttura della componente corticale che appare nella porzione più distale addensata per apposizione periosteale e, più cranialmente, mostra ampia lacuna pseudoerosiva con formazione che si espande nei tessuti molli anteriori, disloca le componenti muscolari e mostra matrice di tipo misto sia cartilagineo che osseo... la lesione... ha caratteri biologici di franca attività..." (figura 2).

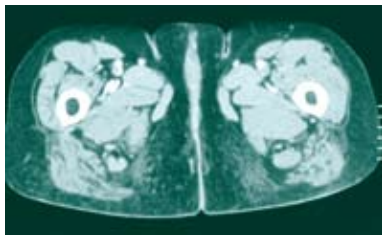
Figura 1

Prima Rx anca destra



Figura 2

TAC arto inferiore destro



▶ Accertamenti bioptici

Ritenendo concluso l'iter diagnostico strumentale, inviavo la paziente a consulenza presso l'Istituto Nazionale Tumori in Napoli, dove veniva sottoposta a "doppio prelievo bioptico con ago 8/G sotto guida TC". L'esame istologico dei frustoli bioptici non risultava diagnostico, poiché costituiti esclusivamente da "tessuto fibroso - muscolo - adiposo". Pertanto, nella necessità di giungere a una diagnosi di certezza si procedeva a un nuovo ricovero, presso la stessa struttura, nel corso del quale la paziente veniva sottoposta a "biopsia a cielo aperto" della lesione femorale. Il referto istologico così recitava: "Descrizione microscopica: il materiale in esame è costituito da... tre frammenti caratterizzati da materiale amorfo talora fibrillaroide, bordato da istiociti spesso multi nucleati. Diagnosi:... artrite gottosa...".

▶ Terapia farmacologica e follow-up

Pertanto, alla dimissione, instauravo terapia farmacologica con febuxostat 80 mg 1 cp/die. Tale terapia otteneva, in breve lasso di tempo, non solo una risoluzione della sintomatologia algica ma anche, e soprattutto, la sostanziale ripresa funzionale dell'articolazione. Per un corretto follow-up (28.5.2012) si eseguiva, per control-

lo, radiografia del bacino, il cui referto riportava: "Note artrosiche diffuse. Osteopenia" (figura 3). Una nuova radiografia di controllo veniva eseguita (10.12.12) con il seguente referto: "Coxartrosi bilaterale con osteosclerosi dei tetti cotiloidei e rime coxo-femorali assottigliate...", che confermava la scomparsa dell'addensamento da deposizione di cristalli di urato. Si riteneva, pertanto, di sospendere la terapia con febuxostat (figura 4).

▶ Considerazioni

Occorre rimarcare che, nel corso di precedenti esami ematochimici routinari, i valori uricemici non hanno mai destato allarme, risultando lievemente oltre i parametri solo in due occasioni e precisamente:

- giugno 2005: 6.1 mg/dL (valori normali <6.0 mg/dL);
- gennaio 2008: 6.4 mg/dL (valori normali <6.0 mg/dL).

Stante l'entità dei valori di uricemia, in ambedue le occasioni si era provveduto a suggerire solo norme di igiene alimentare, che la signora aveva prontamente messo in atto, ottenendo in breve tempo il rientro nella normalità dei parametri esaminati. Nonostante ciò si è verificata deposizione di cristalli di acido urico a carico del collo femore destro e dei tessuti circostanti, tale da determinare non solo la sintomatologia algica e l'impotenza funzionale che hanno allarmato la paziente, ma anche l'immagine radiografica di massa espansiva.

▶ Conclusioni

Una corretta diagnosi, specie nel sospetto di gravi e/o invalidanti patologie può richiedere, come nel caso in esame, una stretta collaborazione multidisciplinare. Per il raggiungimento della

Figura 3

Rx bacino in follow-up



Figura 4

Rx bacino (a distanza di 6 mesi)



diagnosi hanno, infatti, collaborato tra di loro il medico di medicina generale, il medico specialista in diagnostica per immagini, il medico specialista in chirurgia ortopedica, il medico specialista in anatomia patologica. Da non dimenticare, poi, il ruolo svolto dai colleghi cardiologo, anestesista e laboratorista per la preparazione della paziente alle manovre chirurgiche. In ogni iter è fondamentale il ruolo del medico di medicina generale, cui spetta l'onere di formulare una corretta diagnosi di sospetto e attivare, se il caso, un opportuno percorso diagnostico chimico-strumentale e/o specialistico. Percorso che portando ad una diagnosi di certezza permetta, come nel caso in esame, l'instaurarsi di una corretta e risolutiva terapia.

Implicazioni dell'effetto placebo nella pratica clinica

Le recenti acquisizioni della letteratura sull'effetto placebo gettano le basi scientifiche per spiegare i fattori psicologici che influenzano l'efficacia dei trattamenti medici. Queste nuove conoscenze ci possono guidare, agendo sul contesto psico-sociale del trattamento e quindi soprattutto sul rapporto medico-paziente, a massimizzare l'efficacia e minimizzare gli effetti collaterali

Andrea Posocco

Medico tirocinante
Vittorio Veneto (TV)

Rosario Falanga

Medico di Medicina Generale
Polcenigo (PN)

L'effetto placebo è un argomento che viene appena sfiorato o totalmente ignorato nel corso di studi di Medicina e Chirurgia. Forse perché, citando il libro "Follie ed inganni della medicina" di SkrabanekeMcCormick: "Uno dei motivi per cui i medici sono portati a sminuirne gli effetti può essere il timore che la loro immagine e il potere che detengono vengono minacciati".

In realtà l'effetto placebo rilancia due temi che dovrebbero essere centrali nella formazione di un medico: lo spirito critico e il rapporto medico-paziente.

Lo spirito critico, inteso come atteggiamento riflessivo di chi non accetta nessuna affermazione senza interrogarsi sulla sua validità, è una delle forze che ha spinto maggiormente al progresso la medicina, conducendo al superamento di erronee e radicate convinzioni presenti per secoli nella comunità scientifica. Tutt'ora l'effetto placebo ci insegna che il cambiamento dei sintomi dopo una certa cura non è necessariamente dovuto alla cura stessa, e quindi non si può definire efficace una cura solo perché i pazienti sono guariti. Inoltre, le recenti acquisizioni su questo fenomeno ci portano a rivalutare uno dei pilastri attuali della ricerca medica: gli studi a doppio cieco controllati dal gruppo placebo. Secondo l'approccio attuale della medicina *evidence-based*, affinché un nuovo trattamento possa

essere utilizzato con criteri scientifici deve essersi dimostrato superiore rispetto a un placebo. Tuttavia, sapendo che l'effetto placebo agisce anche come componente legata al contesto psico-sociale del trattamento "reale" e che esso risente di un numero enorme di variabili, appare importante capire meglio come possano modificarsi l'efficacia del trattamento e l'effetto placebo in una condizione in cieco.

Il rapporto medico-paziente è alla base della professione medica, fin dai tempi di Ippocrate, ma è sotto gli occhi di tutti che, nonostante gli enormi progressi dal punto di vista tecnico, la medicina attuale trascura spesso questo aspetto. Uno studio attento dell'effetto placebo ci fa capire come la figura del medico in sé possa essere un vero e proprio strumento terapeutico che agisce tramite la fiducia e le aspettative acquisite dal paziente. Tutti i medici infatti si confrontano quotidianamente con l'effetto placebo nella pratica clinica e la recente letteratura scientifica conferma la sua enorme rilevanza. È uno strumento terapeutico di grande efficacia, a volte responsabile dei benefici prodotti dall'intervento medico in misura maggiore di farmaci o interventi chirurgici, alla portata di tutti gli operatori sanitari e a "costo zero", con uno spettro d'azione molto ampio, che va dall'analgesia alla malattia di Parkinson. Da un punto di vista più teoretico, niente

come l'effetto placebo appare così legato al rapporto mente-cervello-corpo, a come i processi psicologici possano modificare la neurochimica del sistema nervoso centrale e queste alterazioni susseguenti agire sulla fisiologia di tutto l'organismo.

Il placebo in medicina furono usati consapevolmente a partire dal diciottesimo secolo, e la pratica rimase molto diffusa fino al ventesimo secolo. In realtà, verosimilmente, la gran parte dei successi della medicina antica sono attribuibili all'effetto placebo o alla guarigione spontanea.

A tal proposito Voltaire diceva: "L'arte della medicina consiste nel distrarre il malato mentre la natura lo guarisce".

► Definizione

La parola placebo deriva dal latino "mi piacerà". Classicamente per "placebo" si intende una sostanza o un trattamento inerte. Il termine "effetto placebo" indica il cambiamento che avviene nell'individuo alla somministrazione del placebo, la risposta benefica del soggetto a una sostanza o ad una procedura ritenuta senza alcun effetto terapeutico per la condizione specifica per cui è stata somministrata.

In realtà in queste definizioni c'è un paradosso. Se i placebo sono sostanze o procedure inerti, non possono causare un effetto e, viceversa, se l'effetto è presente, i placebo non sono inerti. Più corretto, allora, è affermare che l'effetto placebo è il cambiamento nelle condizioni del paziente che risulta in seguito al contatto con un determinato contesto psico-sociale, a prescindere dalle proprietà intrinseche del trattamento.

Placebo comunemente utilizzati nella ricerca medica comprendono sostanze farmacologicamente inerti somministrate attraverso qualsiasi mezzo, come pillole, pomate, inalazioni, iniezioni. Alcuni trattamenti fisioterapici privi di evidenza terapeutica, finta agopuntura, finti interventi chirurgici (in cui il paziente viene solo anestetizzato, inciso e poi suturato) possono agire come placebo.

Negli studi clinici a doppio cieco randomizzati e controllati dal braccio placebo, considerati l'attuale gold standard per l'approvazione di nuovi farmaci, l'effetto terapeutico intrinseco (dato ad esempio dalla proprietà chimico-fisiche del farmaco) è calcolato come differenza fra l'effetto nel gruppo dei trattati e quello nel gruppo placebo. La risposta benefica nel gruppo placebo può essere data dal decorso naturale verso la guarigione, da effetti statistici e *bias* metodologici e dall'effetto placebo vero e proprio, dato esclusivamente dal contesto psico-sociale.

In generale, alla risposta benefica che consegue ad un trattamento medico (chiamato "effetto *verum*") concorrono almeno tre differenti forze: l'effetto terapeutico intrinseco (o effetto fisiologico), l'effetto placebo e il decorso naturale della condizione patologica verso la guarigione.

► Elementi del contesto psicosociale

Numerosi studi hanno dimostrato che le caratteristiche del farmaco, la via di somministrazione, i test di laboratorio, la diagnosi e in ultima analisi, il rapporto medico-paziente sono tutti elementi del contesto psicosociale che è alla base dell'ef-

fetto placebo. Quest'ultimo può essere indotto con un'istruzione verbale, ma anche con stimoli visivi, uditivi, olfattivi. Qualsiasi elemento ambientale, dall'ospedale, alle siringhe, al sorriso del medico, sembra poter influenzare l'*outcome*. È importante sottolineare però che l'effetto è bidirezionale e legato al significato del messaggio (volontario o involontario): basta invertire due parole nel corso di un'istruzione verbale per ottenere la risposta opposta.

► L'uso di placebo nella pratica clinica

I due meccanismi biologici attraverso cui si espleta l'effetto placebo sono il condizionamento classico pavloviano, basato sull'apprendimento inconscio attraverso associazione, e le aspettative consapevoli di beneficio del paziente. Oltre a questi due sono stati chiamati in causa le emozioni, il desiderio e la motivazione.

In letteratura sono stati descritti numerosi ambiti clinici in cui l'effetto placebo è attivo. Il più conosciuto è l'analgesia, in cui i responsabili sono i sistemi degli oppioidi e dei cannabinoidi endogeni; è stata stimata un'efficacia pari a circa la metà di quella della morfina e di due punti nella scala visuale analogica. L'effetto placebo è molto rilevante in disturbi psichiatrici come l'ansia e la depressione, in cui può raggiungere quasi l'effetto dei farmaci, tramite l'attivazione delle stesse aree cerebrali che rispondono alla somministrazione degli inibitori del *reuptake* della serotonina e delle benzodiazepine. Un altro campo molto studiato è quello della malattia di Parkinson, in cui il miglioramento dei sintomi dopo

terapie "placebo" avverrebbe grazie all'aumentato rilascio di dopamina, a seguito delle aspettative di beneficio clinico. L'effetto placebo è stato riscontrato essere significativo anche in molti disturbi collegati al sistema immunitario ed endocrino, in cui attraverso il condizionamento inconscio produrrebbe il rilascio di citochine e ormoni (come glucocorticoidi e ormoni della crescita). Infine gli "interventi placebo" posso interagire con il sistema nervoso autonomo, andando ad influenzare il sistema cardiovascolare, respiratorio e gastrointestinale.

Diversi sondaggi sui medici di famiglia europei, hanno fatto emergere che la stragrande maggioranza ha usato almeno una volta nella pratica clinica un placebo. L'uso di "placebo impuri", ossia di terapie che sono efficaci, ma non per l'ambito in cui sono stati utilizzati, come gli antibiotici per le infezioni virali e le vitamine per l'affaticamento, è riferito più frequente rispetto ai "placebo puri". La maggioranza dei medici usa placebo sapendo che possono dare effetti psicologici positivi, ma anche, spesso, solo per assecondare le richieste del paziente ed evitare conflitti, in assenza di indicazioni ad intervenire.

Tuttavia, considerando il placebo come una risposta data dal contesto e non un finto farmaco, le conclusioni etiche sono complesse. Si crea una sorta di paradosso, per il quale, se l'utilizzo di un placebo con l'inganno è sicuramente scorretto, non utilizzare l'effetto del contesto psicosociale per massimizzare l'efficacia terapeutica potrebbe essere a sua volta considerato non etico, visto che diminuisce il beneficio del paziente.

► Conclusioni

La rilevanza dell'effetto placebo ci fa capire quanto il modo di relazionarsi del medico possa essere determinante nel potenziare l'effetto di trattamenti efficaci per il bene del paziente e, al tempo stesso, quanto sia facile far credere efficace un trattamento che in realtà non lo è. Appare importante quindi che il medico sia consapevole del peso di ogni sua parola e ogni suo gesto nei confronti dell'*outcome* del paziente e si ponga come garante contro pratiche non scientifiche.

È molto importante invece cercare di potenziare al massimo l'effetto placebo associato a interventi di comprovata efficacia e legato al contesto psico-sociale.

Recentissime *review* suggeriscono, sulla base di precedenti evidenze scientifiche, alcune strategie per potenziare la componente non intrinseca del trattamento:

- curare al massimo l'empatia nel rapporto medico-paziente;
- creare un ambiente di cura caldo, accogliente e rilassante, riducendo l'ansia del paziente;
- credere nel trattamento e cercare di essere credibili;
- selezionare i pazienti con aspettative negative inadeguate e aumentare le loro aspettative;
- spiegare al paziente il meccanismo di funzionamento e cosa si dovrà aspettare, verificando che abbia capito;
- portare ad esempio altri pazienti che hanno ricevuto benefici dalla stessa terapia;
- creare una specie di rituale attorno alla cura e sfruttare degli stimoli di condizionamento (per

esempio gesti, odore e colore dei medicinali, tempi e luoghi fissi dei cura);

- effettuare le terapie in prima persona;
- usare dosaggi più frequenti;
- evitare il processo di estinzione durante i trattamenti cronici motivando ripetutamente il paziente.

Altri autori suggeriscono, infine, di personalizzare il contesto psico-sociale del trattamento in base al paziente che ci si trova di fronte. Si dovrebbe tener conto per esempio della personalità, delle aspettative, della storia clinica, della vulnerabilità agli effetti collaterali e, in futuro, si potrebbe perfino considerare la variabilità genetica.

Pertanto, seguendo dei semplici accorgimenti che sfruttano i fattori psicologici della risposta del paziente alla terapia, si può davvero fare la differenza nell'*outcome*. Le recenti acquisizioni sull'effetto placebo sono una prova ulteriore dell'importanza del rapporto medico-paziente e della pratica di una medicina che al tempo stesso sia *evidence based* (basata sulle evidenze scientifiche) e *patient centred* (orientata attorno ai bisogni del paziente).

Tutto questo per una buona pratica clinica, che migliora il benessere psicofisico del paziente e al tempo stesso riduce la spesa sanitaria sia a carico del Sistema Sanitario Nazionale che del singolo cittadino.

Sviluppare però una comunicazione efficace tra medico e paziente richiede un'abilità e una specifica formazione non sempre sviluppata a pieno nel percorso degli studi universitari e nella formazione continua.

Bibliografia

- Benedetti F. Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 2008; 48: 33-60.
- Benedetti F, Amanzio M, Rosato R, Blanchard C. Nonopioid placebo analgesia is mediated by cb1 cannabinoid receptors. *Nat Med*, 2011; 17: 1228-1230.
- Benedetti F, Amanzio M, Vighetti S, Asteggiano G. The biochemical and neuroendocrine bases of the hyperalgesic nocebo effect. *J Neurosci*, 2006; 26: 12014-12022.
- Benedetti F, Pollo A, Lopiano L, et al. Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses. *J Neurosci*, 2003; 23: 4315-4323.
- Buckalew LW, Coffield KE. An investigation of drug expectancy as a function of capsule color and size and preparation form. *J Clin Psychopharmacol*, 1982; 2: 245-248.
- De la Fuente-Fernández R, Ruth TJ, Sossi V, et al. Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in parkinson's disease. *Science*, 2001; 293: 1164-1166.
- Enck P, Benedetti F, Schedlowski M. New insights into the placebo and nocebo responses. *Neuron*, 2008; 59: 195-206.
- Enck P, Bingel U, Schedlowski M, Rief W. The placebo response in medicine: minimize, maximize or personalize? *Nat Rev Drug Discov*, 2013; 12: 191-204.
- Evans D. Suppression of the acute-phase response as a biological mechanism for the placebo effect. *Med Hypotheses*, 2005; 64: 1-7.
- Ho KH, Hashish I, Salmon P, et al. Reduction of post-operative swelling by a placebo effect. *J Psychosom Res*, 1988; 32: 197-205.
- Hróbjartsson A, Norup M. The use of placebo interventions in medical practice: A national questionnaire survey of danish clinicians. *Eval Health Prof*, 2003; 2: 153-65.
- Jonas WB. Reframing placebo in research and practice. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 2011; 366: 1896-1904.
- Kaptchuk TJ, Chen K, Song J. Recent clinical trials of acupuncture in the west: responses from the practitioners. *Chin J Integr Med*, 2010; 16: 197-203.
- Kirsch I. Antidepressants and the placebo response. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 2009; 18: 318-322.
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLoS Med*, 2008; 5: e45.
- Koshi Short CA. Placebo theory and its implications for research and clinical practice: a review of the recent literature. *Pain Pract*, 2007; 7: 4-20.
- Leuchter AF, McCracken JT, Hunter AM, et al. Monoamine oxidase a and catechol-o-methyltransferase functional polymorphisms and the placebo response in major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 2009; 29: 372-377.
- Levine JD, Gordon NC, Fields HL. The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*, 1978; 2: 654-657.
- Lipman JJ, Miller BE, Mays KS, et al. Peak b endorphin concentration in cerebrospinal fluid: reduced in chronic pain patients and increased during the placebo response. *Psychopharmacology (Berl)*, 1990; 102: 112-116.
- Mayberg H. Depression, ii: localization of pathophysiology. *Am J Psychiatry*, 2002; 159: 197-9.
- McRae C, Cherin E, Yamazaki TG, et al. Effects of perceived treatment on quality of life and medical outcomes in a double-blind placebo surgery trial. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61: 412-420.
- Meissner K. The placebo effect and the autonomic nervous system: evidence for an intimate relationship. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 2011; 366: 1808-1817.
- Meissner K, Höfner L, Fässler M, Linde K. Widespread use of pure and impure placebo interventions by gps in germany. *Fam Pract*, 2012; 29: 79-85.
- Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med*, 2002; 347: 81-88.
- Pacheco-López G, Engler H, Niemi MB, Schedlowski M. Expectations and associations that heal: Immunomodulatory placebo effects and its neurobiology. *Brain Behav Immun*, 2006; 20: 430-446.
- Petrovic P, Dietrich T, Fransson P, et al. Placebo in emotional processing-induced expectations of anxiety relief activate a generalized modulatory network. *Neuron*, 2005; 46: 957-969.
- Skrabanek P, McCormack J. *Follie e inganni della medicina*. Marsilio Editore, 2006.
- Sox H, Margulies I, Sox CH. Psychologically mediated effects of diagnostic tests. *Ann Intern Med*, 1981; 95: 680-685.
- Talbot M. The placebo prescription. *New York Times Magazine*, 2000.
- Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1987; 294: 1200-1202.
- Vase L, Robinson ME, Verne GN, Price DD. The contributions of suggestion, desire, and expectation to placebo effects in irritable bowel syndrome patients. an empirical investigation. *Pain*, 2003; 105: 17-25.
- Verne GN, Robinson ME, Vase L, Price DD. Reversal of visceral and cutaneous hyperalgesia by local rectal anesthesia in irritable bowel syndrome (ibs) patients. *Pain*, 2003; 105: 223-230.
- Wager TD, Rilling JK, Smith EE, et al. Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science*, 2004; 303: 1162-1167.
- Wall PD. Pain and the placebo response. *Ciba Found Symp*, 1993; 174: 187-211; 1993.
- Wolf S. Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects; the pharmacology of placebos. *J Clin Invest* 1950; 29: 100-109.

La storia di Ornella, ovvero quando i sensi di colpa portano alla morte

Ornella è una donna sposata che non è mai riuscita ad allontanarsi dalle figure genitoriali. La sua storia rimanda al meccanismo psicologico connesso al “dono avvelenato”, che in realtà sancisce il principio della reciprocità obbligatoria e vincolante. Spesso, come nel caso raccontato, il dono è offerto dai genitori, ma l'apparente disinteresse nasconde in realtà l'aspettativa di un riconoscimento futuro

Giuseppe Palermo
Psicologo clinico, Padova

Ivano Cazzolato
Medico di famiglia, psicoterapeuta,
Marcon (VE)

In psicologia si parla di dono avvelenato intendendo quel dono che alcuni genitori offrono ai propri figli apparentemente in modo disinteressato, ma che sottende a un loro bisogno di essere identificati come genitori generosi che quindi si aspettano dai figli un riconoscimento, per esempio di essere accuditi quando la loro vecchiaia li renderà più fragili. I doni avvelenati possono essere i più vari: gioielli di famiglia, regali costosi come un'auto, il saldo di debiti consistenti accesi dai figli. Molto spesso il dono avvelenato è la casa che i genitori regalano al figlio. Si tratta di una casa che generalmente è adiacente a quella dei genitori o nello stesso cortile. Naturalmente quando il dono è ceduto al figlio, non vi è la richiesta di una contropartita, e il figlio introietta l'idea della grande disponibilità d'animo dei propri genitori che si sono svenati per lui.

L'etnologo Marcel Mauss pubblica nel 1965 per Einaudi, un saggio sul dono, in "Teoria generale della magia e altri saggi". Egli studia una popolazione d'indiani che vivevano sulla costa del Pacifico dell'America Settentrionale. Dalla loro lingua, deriva il termine *Potlach* col quale s'indica una pratica interna a un circuito di reciprocità. Il *Potlach* ha un rapporto con le pratiche che secondo una visione occidentale, sono definite di natura commerciale. Il meccanismo connesso con il *Potlach* è quello noto da uno stu-

dio di Mauss che risale al 1925 e pubblicato sull'*Année Sociologique* del 1925. Si tratta di un meccanismo psicologico che sancisce il principio della reciprocità obbligatoria e vincolante: chi riceve un dono deve restituire un altro dono, se non vuole restare "assoggettato" nei confronti di chi per primo ha generato il circuito di donazione. Donare, infatti, corrisponde a donare una parte di sé che, una volta "passata" nelle mani del destinatario diviene funesta e deve per questo essere restituita. Gli studi sul *Potlach*, così come formulati sul saggio di Mauss, hanno influenzato a fondo molte generazioni di antropologi e ci danno un'occasione di parlarne attraverso un caso.

Il caso clinico

Ornella la conosco da quasi 25 anni e ricordo il giorno del suo matrimonio e i confetti che tanti anni fa mi ha portato in studio subito dopo essere tornata dal viaggio di nozze. Era radiosa! Aveva sposato un giovane, Vittorio, con un ottimo lavoro che lo portava sempre all'estero e aveva concordato con la moglie che era opportuno lasciasse il lavoro dopo il matrimonio: lui avrebbe provveduto alle necessità economiche visto che le trasferte erano remunerate bene. Ornella aveva accettato di buon

grado, così come Vittorio, che era orfano di entrambi i genitori deceduti per un incidente d'auto quando lui aveva 18 anni, aveva accettato di buon grado di riconoscere nei suoceri due persone molto accoglienti che, ai giovani sposi, ma in realtà a Ornella, avevano regalato una casa nuova proprio a fianco di quella che loro avevano costruito per sé e che aveva una porta che permetteva l'accesso da una casa all'altra.

A Vittorio sembrava una situazione ideale: aveva trovato nei suoceri quei genitori che gli erano mancati così precocemente e tragicamente e si sentiva rassicurato perché quand'era in trasferta, la moglie poteva avere la compagnia dei genitori. Maura, la sorella più giovane di Ornella di quattro anni, era stata liquidata in denaro dai genitori, ma non aveva mai digerito questo dono che i genitori avevano fatto alla primogenita e questo era stato oggetto da subito di conflitti familiari mai sanati. Saverio ed Elda non si fidavano che della primogenita e consideravano Maura un'irresponsabile perché si era incaponita a sposare un uomo che non ne aveva voluto sapere di celebrare il rito in chiesa e che cambiava lavoro quasi come si cambiano le scarpe.

Ornella rimane incinta quasi subito: prima ha un maschietto e dopo un anno dal matrimonio arriva anche una bambina. Elda si occupa quasi di tutto: è lei che cucina per tutta la famiglia. Lei accudisce ai nipoti come se Ornella li avesse affidati alla madre, fidandosi molto della sua esperienza e assai poco delle proprie capacità. Intanto Saverio, il padre, si ammala prima di sarcoma di Kaposi, poi di diabete, poi dopo qualche anno gli

viene un ictus che lo costringe su una sedia a rotelle. Elda a sua volta si ammala di demenza. Ornella a volte di notte sente dei rumori terribili provenire dalla cucina della madre e tutta trafelata si alza e trova il frigorifero aperto con la carta igienica srotolata e sul pavimento della cucina i piatti rotti.

Allora Ornella viene in studio e piange. Chiede aiuto. Non vuole aiuto dai servizi sociali perché deve dimostrare di fronte al paese e ai parenti che lei ce la fa ad affrontare la situazione. Chiede aiuto alla sorella, la quale è disponibile solo a un aiuto economico anche consistente, ma senza alcun impegno personale. Quel marito di Maura tanto detestato dai suoceri aveva rilevato un bar e con la moglie si era costruito una piccola fortuna. Ornella si sfoga con Vittorio quando rientra dalle sue trasferte, ma lui nei momenti di rabbia le rinfaccia che lui si era sacrificato permettendole di non lavorare perché potesse affrontare al meglio il governo dei figli e dei genitori!

Ornella è sola e sempre più spesso piange quando viene in ambulatorio. Non può contare sui due figli che sono troppo giovani perché siano coinvolti e soprattutto se non è lei a fare qualcosa per i genitori si sente terribilmente in colpa. Maura, più distaccata di lei, ogni tanto le suggerisce di cercare una badante, ma Ornella si rifiuta recisamente, specie quando proprio di recente Elda le ha fatto una scenata piangendo quasi per due ore, rimproverandole tutta la sua ingratitudine. In quell'occasione il silenzio assertivo di Saverio le aveva fatto così male che per la prima volta mi chiede di prescriverle un antidepressivo.

La situazione familiare peggiora di

giorno in giorno. Saverio ha un altro piccolo ictus e, dopo il ricovero ospedaliero dev'essere accompagnato tutti i giorni presso un centro per la riabilitazione. Nel frattempo Elda non può rimanere da sola e Ornella si organizza in modo tale che la mattina presto accompagna il padre per la fisioterapia, lo lascia lì e si precipita a casa dalla madre e dopo ritorna nuovamente a riprendere il padre e ritorna a casa con il cuore in gola, sperando che nel frattempo non sia accaduto nulla di grave.

Con Ornella, tutte le volte che si reca in studio, ma anche quando spesso vado a vedere i genitori a casa, parliamo di come potrebbe essere risolta la situazione che, dal suo punto di vista, non ha sbocchi se non continuare con un'abnegazione quasi maniacale perché non si può "dare soddisfazione a mia sorella che pensa che abbia avuto troppo e che ora che i nostri genitori sono ammalati, non ce la faccio a badare a loro. È vero che Vittorio mi ha convinto di rimanere a casa dal lavoro in modo che potessi essere una buona madre e una brava moglie, ma forse avrei fatto meglio ad andare al lavoro!".

► L'epilogo

Una forte cefalea fa ritornare per l'ennesima volta Ornella in ambulatorio. La pressione è schizzata alle stelle come non mai. Lei se ne sorprende perché dice "sono magrissima, mangio poco, non fumo, non bevo. Riconosco che i miei sono entrambi ipertesi e quindi è facile che anch'io assomigli a loro, ma non mi era mai capitato di avere valori di 200/110 mmHg!". Così impostiamo subito una terapia an-

tipertensiva e programmiamo dei controlli con ECG e visita cardiologica. Dopo un mese di terapia, la pressione si stabilizza su valori accettabili. Elda, nel frattempo, subisce un repentino peggioramento della salute psichica: una notte fortunatamente per caso, Ornella, che ormai non riusciva a riposare se non ad occhi aperti, trova la madre a letto che tenta di soffocare il marito con un cuscino. Saverio è cianotico quando la figlia, cercando di calmare la madre, tenta di distrarla da ciò che stava facendo e nel frattempo, urlando, richiama l'attenzione dei figli che accorrono per fermare a loro volta la nonna che sembra avere una forza incredibile.

Dopo questa scena carica di tensione, proprio quando la mattina io raggiungo la loro abitazione, Elda ha un accesso d'ira e di pianto e, davanti a me, racconta quanto la figlia ingrata le faccia del male, la picchi spesso e qualche volta tenti perfino di avvelenarla. Per la prima volta interviene anche Saverio, sostenendo che Elda ha ragione, dimentico di quella notte durante la quale aveva rischiato di morire proprio per mano della moglie. Piangono entrambi e, Ornella, a sua volta, è sconvolta. Nonostante io cerchi di rassicurarla rispetto al fatto che la madre non ha coscienza di sé, lei si sente una nullità. "Ho fallito su tutto, come madre, come moglie e come figlia". Intanto, dalla stanza da letto, giungono le voci di Elda e di Saverio: "Sì, vergognati, sei tu la causa di tutto, ci stai facendo morire qui. Dillo al dottore che spesso ci richiudi e quando qualcuno suona il campanello per venirci a trovare, dici che non ci siamo, che siamo ospiti di tua sorella. Cosa ti abbia-

mo fatto? Ci siamo svenati per te, lasciandoti tutto e tu ci stai rubando anche la pensione. Dottore, guardi nel mio portafoglio, venga qua! Quella disgraziata mi ha rubato tutta la pensione - urla Elda - va a prenderla e se la tiene e poi la dà a quell'uomo che frequenta da tanto tempo. Che cosa pensa che io non so che ha un'amante? Lo dico io a Vittorio quando torna...". A quel punto convinco Elda a prendere delle gocce che temporaneamente la tranquillizzano e le permettono di dormire.

► Un prezzo esagerato

È un giovedì mattina. In studio, incredibilmente ricevo una telefonata proprio da Elda che mi chiede di andare subito a casa sua perché Ornella è a terra e sta male. Non riesco a capacitarmi di quella telefonata, conoscendo lo stato psichico di Elda, ma, nell'incertezza mi reco immediatamente a casa loro. È proprio Elda ad aprirmi la porta quando suono. Saverio è a letto come il solito. In mezzo al corridoio Ornella è stesa a terra con un po' di bava alla bocca, è fredda come il marmo, ancora in camicia da notte, le gambe leggermente piegate, una ferita alla testa probabilmente dovuta alla caduta con un rivolo di sangue rappreso che dalla testa si è coagulato al pavimento. Non mi resta che constatarne il decesso e chiamare le pompe funebri, i figli, Vittorio, la sorella Maura, perché nel frattempo potesse occuparsi dei due anziani genitori.

Questa figlia, Ornella, non è mai riuscita a separarsi dai genitori e forse ha pagato un prezzo esagerato. Certamente i genitori non hanno responsabilità sulla sua

morte, ma la qualità di vita di questa figlia è stata dolorosamente difficile perché incastrata dai sensi di colpa, dalle attese, dal non detto che una mancata e sana separazione dalle figure genitoriali spesso comporta. Il marito Vittorio non ha saputo costruire con la moglie una relazione di coppia sana che permettesse loro una buona individuazione, né è riuscito a costruire insieme quella fondamentale "membrana di coppia" che permette alla coppia stessa di scegliere chi, quando e com'è possibile l'accesso da parte del mondo esterno, parenti compresi.

In fondo ha delegato ai genitori di Ornella, molti dei compiti che avrebbe dovuto assumersi in prima persona. Questo gli permetteva di avere spazi di libertà che Ornella nella sua vita non ha mai potuto sperimentare, mentre a Ornella permetteva di continuare a rimanere vicino ai genitori, ma come vi può rimanere un figlio mai cresciuto: senza affrontare la tristezza della separazione dalle figure genitoriali. C'è un dolore della separazione dai genitori che a un certo punto della vita un figlio dovrebbe riuscire ad affrontare. Questa figlia non c'è riuscita e, certamente i genitori, prima ancora della malattia, non l'hanno aiutata.

Il *Potlach* ricevuto da Ornella: la casa che, nel tempo, era diventata poco alla volta una prigione. Per tutta la sua breve vita, Ornella aveva tentato di restituire quel dono ai genitori, ma l'impossibilità a separarsi da loro, le loro aspettative mai raggiungibili l'avevano probabilmente fatto sentire come un debitore che deve del denaro a uno strozzino.

Parodontopatia, il laser garantisce effetto battericida selettivo

Numerosi studi clinici controllati confermano che l'impiego del laser come trattamento coadiuvante della malattia parodontale assicura un miglioramento di numerosi parametri clinici: battericida, rimozione dei tessuti infetti e dei tessuti di granulazione, a cui si associano anche effetti antiflogistici, antiedemigeni e biostimolanti di grande interesse pratico

Rolando Crippa

*Docente di Odontoiatria
Università di Genova
Direttore Reparto Patologia orale
e Laserterapia
Istituto Stomatologico Italiano, Milano*

L'integrazione del laser, come coadiuvante del trattamento della malattia parodontale, ha dimostrato largamente la sua efficacia grazie ad alcune sue caratteristiche e al modo in cui il raggio interagisce con i tessuti coinvolti. Fra i principali vantaggi del laser vanno considerati:

- l'effetto battericida,
- la rimozione dell'epitelio sulculare infetto,
- la rimozione del tessuto di granulazione,
- l'effetto antiflogistico e antiedemigeno,
- l'effetto biostimolante.

► **Effetto battericida, rimozione dell'epitelio sulculare infetto e del tessuto di granulazione**

Le sole manovre di *scaling* e di *curettage* meccanico non sono in grado di per sé di rimuovere la carica batterica della tasca parodontale. In un lavoro sull'utilizzazione del laser a diodi 800-900 nm Bach et al. hanno confrontato due gruppi di pazienti affetti da parodontopatia per un periodo di 4 anni trattando 371 denti in maniera convenzionale e 376 denti mediante laserterapia. I risultati ottenuti hanno dimostrato una significativa differenza tra il gruppo di pazienti trattato in maniera convenzionale e quello trattato con laser terapia. In particolare, attraverso le analisi microbiologiche si è dimostrato una ripresa della malattia del 30% nel

gruppo convenzionale rispetto all'11% del gruppo trattato mediante laserterapia a diodi⁽¹⁾.

Zingale et al. hanno evidenziato il vantaggio estetico della terapia combinata *scaling* e *rootplaning* (SRP), laser e laser sigillatura, per la cura delle parodontiti, riguardante il risultato di una minore retrazione gengivale, rispetto a quello di una terapia chirurgica convenzionale a cielo aperto dove la retrazione gengivale è più significativa⁽²⁾.

Un altro laser (Er:YAG 2940 nm) è in grado, utilizzando l'acqua, di rimuovere il tartaro sovra e sottogengivale in modo efficace senza alterare la superficie radicolare e senza determinare danni termici⁽³⁾. Secondo molti studi, il laser *curettage* permette l'eliminazione totale dell'epitelio sulculare infetto senza compromissione del connettivo sottostante con l'enorme vantaggio di abbattere ulteriormente la carica batterica, in particolare per quanto riguarda i livelli di *Porphyromonas gingivalis* e *Actinomyces comitans* (Gram-negativi), che hanno la caratteristica di riuscire a penetrare nell'epitelio gengivale con una leucotossina che uccide i polimorfonucleati e i monociti, cellule deputate alle difese immunitarie del nostro organismo. Questo esito si ottiene combinando l'azione del laser Nd:YAG (1064 nm) con l'ausilio di antibiotici e antisettici⁽⁴⁾.

In uno studio clinico controllato prospettico è stato valutato il ruolo

del laser Er:YAG nel trattamento parodontale non chirurgico in associazione a *scaling* e *rootplaning*. I risultati hanno dimostrato un miglioramento dei seguenti parametri clinici:

- indice di placca,
- indice di sanguinamento gengivale,
- profondità di sondaggio parodontale,
- perdita di attacco e recessione gengivale⁽⁵⁾.

► Effetto antiflogistico, antiedemigeno e biostimolante

Alcuni degli aspetti più interessanti della potenzialità terapeutiche del laser sono sicuramente gli effetti antiflogistico e antiedematoso (aumento della vasodilatazione del microcircolo e del drenaggio linfatico) e l'effetto biostimolante, ossia la capacità di indurre nei tessuti irradiati una duplicazione cellulare più rapida senza che si verificano alterazioni di tipo strutturale e/o funzionale.

Non è ancora del tutto chiaro il meccanismo d'azione della biostimolazione. Esistono diverse teorie sull'argomento.

Una delle più accreditate riguarda la capacità del laser di indurre un aumento dell'attività mitocondriale. Ciò porterebbe a una produzione di ATP endocellulare superiore del 22% nelle cellule irradiate rispetto a quelle non irradiate con conseguente vantaggio sulla rigenerazione cellulare⁽⁶⁾.

Numerosi articoli scientifici enfatizzano anche il ruolo del laser nella biostimolazione ossea, in particolare riguardo all'incremento dell'attività osteoblastica, alla deposizione del collagene e alla neoformazione ossea. Questi effetti sono ottenuti

non solo dall'energia laser totale impiegata, ma anche dal modo e dal tempo in cui la radiazione è stata impiegata⁽⁷⁾.

Un'altra positiva azione del laser Nd:YAG, suffragata da studi istologici, viene svolta nei confronti dell'unità funzionale cemento-legamento parodontale, stimolando la formazione di un nuovo attacco parodontale connettivale e inducendo un'apparente rigenerazione sulla superficie radicolare danneggiata dalla malattia⁽⁸⁾.

► Conclusioni

A tutt'oggi i risultati dell'utilizzo dei laser per il trattamento delle parodontopatie si sono dimostrati, sia nel recupero della profondità delle tasche sia nella riduzione della carica delle popolazioni batteriche, comparabili allo *scaling*⁽⁹⁻¹²⁾.

Se però le due metodiche sono associate i risultati sono migliori e i

benefici evidenti, anche se un confronto avanzato è reso difficile per una serie di problematiche: le diverse lunghezze d'onda laser utilizzate, le variazioni dei parametri a seconda dei laser utilizzati, l'insufficiente descrizione dei parametri che, a sua volta, non permette il calcolo delle densità di energia sviluppate, le differenze di progettazione sperimentale, la mancanza di controlli corretti e i differenti protocolli inerenti la gravità della malattia parodontale e del suo trattamento^(13, 14).

www.qr-link.it/video/0613



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

Bibliografia

1. Bach G, Nickel C, Mall C et al. Conventional versus laser assisted therapy of advanced periodontitis. A four year comparative study. *Implant Dent* 2000; 9(3): 247-51.
2. Zingale J, Harpenau L, Chambers D, Lundergan W. Effectiveness of root planing with diode laser curettage for the treatment of periodontitis. *J Calif Dent Assoc* 2012; 40: 786-793.
3. Aoki A, Ando Y, Watanabe H, Ishikawa I. In vitro studies on laser scaling of subgingival calculus with an Erbium: YAG laser. *J Periodontol* 1994; 65: 1097-1106.
4. Noguchi T, Sanaoka A, Fukuda M, et al. Combined effects of Nd:YAG laser irradiation with local antibiotic application into periodontal pockets. *J Int Acad Periodontol* 2005; 7: 8-15.
5. Schwarz F, Sculean A, Berakdar M et al. Clinical evaluation of an Er:YAG laser combined with scaling and rootplaning for nonsurgical periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 26-34.
6. Benedicenti A. Manuale di laserterapia del cavo orale, Ed. Maggioli, Rimini-Italy-1982.
7. Pinheiro AL, Gerbi ME. Photoengineering of bone repair processes, *Photomed Laser Surg* 2006; 24: 169-78.
8. Yukna RA, Carr RL, Evans GH. Histologic evaluation of an Nd:YAG laser-assisted new attachment procedure in humans. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2007; 27: 577-587.
9. Rhemrev GE, Timmerman MF, Veldkamp I, et al. Immediate effect of instrumentation on the subgingival microflora in deep inflamed pockets under strict plaque control. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 42-68.
10. Cobb CM, McCawley TK, Killoy WJ. A preliminary study on the effects of the Nd:YAG laser on root surfaces and subgingival microflora in vivo. *J Periodontol* 1992; 63: 701-707.
11. Ben Hatit Y, Blum R, Severin C, et al. The effects of a pulsed Nd:YAG laser on subgingival bacterial flora and on cementum: an in vivo study. *J Clin Laser Med Surg* 1996; 14: 137-143.
12. Neill ME, Mellonig JT. Clinical efficacy of the Nd:YAG laser for combination periodontitis therapy. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1997; 9 (6 Suppl): 1-5.
13. Cobb CM, Laser in Periodontics: a review of literature. *J Periodontol* 2006; 77: 545-564.
14. Cobb CM, Low SB, Coluzzi DJ. Laser and the treatment of chronic periodontitis. *Dent Clin North Am* 2010; 54: 35-53.

Odontoiatra, nuovo attore in prevenzione cardiovascolare

► Non solo cure dentali: gli odontoiatri si candidano anche alla prevenzione di malattie cardiache, ictus e diabete. Da maggio, infatti, l'Associazione Italiana Odontoiatri (AIO) comincerà a distribuire nei 7.000 studi associati un questionario destinato ai pazienti per quantificare il loro rischio di ammalarsi di cuore, diabete o ictus, rischio oggi valutato negli studi dei medici di famiglia. L'iniziativa si basa sulla "Carta per migliorare la salute", uno strumento presentato al recente congresso di Potsdam della Fédération Dentaire Internationale (Fdi). La carta, ideata incrociando le statistiche sulla compresenza parodontosi-diabete e parodontosi-cardiopatie, è stata ideata da un pool di odontoiatri guidato da Gerhard Seeberger, già presidente dell'AIO.

Un progetto di ricerche e studio sull'osteosarcoma

► L'Associazione Italiana Studio Osteosarcoma "AISOS Onlus" ha presentato il progetto "Studio dei meccanismi alla base della patogenesi dell'osteosarcoma", uno studio scientifico sostenuto e finanziato da Fondazione Just Italia, Onlus dell'omonima azienda veronese. L'osteosarcoma, il tumore maligno primitivo più frequente dello scheletro, colpisce in prevalenza bambini e adolescenti. Per questo, la ricerca scientifica è il cardine per attaccare e distruggere i processi biomolecolari che portano all'insorgenza e allo sviluppo di questa neoplasia maligna; individua infatti - attraverso la diagnosi tempestiva - protocolli tera-

peutici innovativi e più efficaci. Fondazione Just Italia sostiene ogni anno un Progetto nazionale di Ricerca Scientifica, destinato al mondo dei bambini e, quest'anno, ha scelto di essere a fianco di AISOS Onlus, Associazione Italiana Studio Osteosarcoma. Il finanziamento previsto è di € 200.000.

Prestigioso premio al Prof. Carlo Patrono

► Il farmacologo dell'Università Cattolica di Roma Carlo Patrono, insieme al collega irlandese Garrett FitzGerald, è stato insignito del più prestigioso premio mondiale per la ricerca cardiovascolare, il Gran Prix Scientifique dell'Institut de France. Il Premio, che sarà consegnato a giugno a Parigi e che è stato annunciato anche dalla rivista Science, riconosce ai due scienziati il merito di aver scoperto che l'aspirina a basse dosi (75-100 mg) previene infarto e ictus ischemico; inoltre di aver scoperto il meccanismo d'azione di questa importante arma di prevenzione. "Oggi - spiega Patrono - circa 6 milioni di italiani fanno uso di questo farmaco efficace e salvavita low cost: mediamente il costo di un mese di terapia è di poco superiore a due euro".

Boehringer Ingelheim: 2012 ancora in crescita

► Nel corso dell'annuale conferenza stampa mondiale, il Presidente del Consiglio di Amministrazione di Boehringer Ingelheim, Andreas Barner, ha comunicato che nel 2012 il fatturato aziendale è cresciuto dell'11.5% rispetto all'anno preceden-

te, collocando il gruppo al 13° posto nel ranking mondiale del mercato farmaceutico. In Italia l'incremento è stato più contenuto (+7.5%) ed è stato determinato soprattutto dalla attività di Bidachem, sito produttivo di Fornovo San Giovanni (BG) che rappresenta sempre più un polo strategico a livello mondiale, scelto per produrre i farmaci più recenti del gruppo, dabigatran (anticoagulante indicato nella prevenzione del TEV dopo chirurgia ortopedica e per la prevenzione dell'ictus in pazienti affetti da fibrillazione atriale) ed empagliflozin (nuovo anti-diabete di tipo 2).

Per quanto riguarda dabigatran, il Presidente e Amministratore Delegato di Boehringer Ingelheim Italia, Enrique Manzoni, ha manifestato preoccupazione per il pesante ritardo nella introduzione del farmaco per l'indicazione "prevenzione dell'ictus in pazienti con fibrillazione atriale", considerando che a livello europeo l'autorizzazione è datata agosto 2011.

La fotografia italiana delle micosi ungueali

► Una recente indagine dell'Osservatorio Nazionale sulle Onicomicosi ha indagato la prevalenza delle onicomicosi in Italia e i fattori di rischio ad essa associati. Il progetto, supportato da Galderma, prevedeva la compilazione di una scheda divisa in varie sezioni e ha coinvolto 25 medici, tra dermatologi e medici di medicina generale, e un totale di 8.331 soggetti. L'indagine ha dimostrato che l'età anagrafica è proporzionale alla prevalenza della patologia, che esiste una familiarità, che chi ne ha già sofferto è più a rischio, che lo sport e il diabete sono elementi favorevoli allo sviluppo di onicomicosi.