

# M.D.

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

Anno XX, numero 7 - 20 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

### RIFLETTORI

6

**Il boom delle richieste di risarcimento mette a rischio il servizio sanitario**

### CONTRAPPUNTO

8

**Come calmierare le prestazioni extraregionali: Campania docet?**

### RASSEGNA

23

**Il legame tra ipertensione e demenza nel paziente anziano**



**Annarita Frullini**

*Coordinatrice dell'Osservatorio FNOMCeO  
della Professione Medica-Odontoiatrica Femminile*

**Donne medico: sfide attuali e future**

## Il Ssn sospeso tra dichiarazioni d'intenti e scetticismo

### 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 Diillo, Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo, Giacomo Tritto

**Redazione:** Patrizia Lattuada, Anna Sgritto  
Elisabetta Torretta

### Grafica e impaginazione

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



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

La nomina di Beatrice Lorenzin al Dicastero della Salute non è stata accolta con grande entusiasmo da parte dei medici, ma con molte riserve. Almeno così appare dai risultati di un sondaggio realizzato da Nuto.it, *social network* riservato ai medici. Incompetenza, mancanza di titoli accademici, timore che Lorenzin sbilanci i propri interventi in favore del settore privato, penalizzando ulteriormente quello pubblico - già carente e bisognoso di urgenti provvedimenti e azioni di supporto - sono le motivazioni che accompagnano la "sfiducia". Per dovere di cronaca, c'è anche chi, seppur in minoranza, esprime parere favorevole, adducendo la propria fiducia alla determinazione e alla grinta mostrate dal Ministro, alla sua serietà, anche se non esperta del settore sanitario, alla sua sensibilità e per la giovane età che, seppure in teoria, dovrebbe garantire un approccio innovativo, spigliato, immediato e dinamico verso le tematiche della categoria medica italiana. Resta il fatto che, percentualmente, sarebbero più i pessimisti che gli ottimisti. Probabilmente questa visione non rosea, più che al Ministro, potrebbe essere legata alle grandi aspettative riposte verso un Ministero "geneticamente modificato" negli anni che non può incidere come si vorrebbe nei cambiamenti del Ssn.

Ma più che ai giudizi "preventivi" forse sarebbe il caso di prestare attenzione a quanto dichiarato da Beatrice Lorenzin nei suoi primi interventi pubblici da Ministro. Nell'intervento profuso al recente Congresso nazionale della Cisl Medici ci sono alcuni passaggi significativi tra cui: "Il modello organizzativo e strutturale del Ssn va rivisto. Ma basta tagli alla sanità". "Riorganizzare e riordinare l'assistenza territoriale, rafforzando i legami tra ospedale e territorio (...)". E nel farlo non si discosterebbe dai principi introdotti dalla Legge Balduzzi.

In merito alla Formazione, il Ministro si è spinto oltre e ha dichiarato: "Sulla Formazione in Medicina Generale credo che siamo ad un punto di svolta, in Conferenza Stato-Regioni discuteremo presto dell'adozione di obiettivi formativi definiti a livello nazionale". E alla recente manifestazione "Giovani Medici Day" si è mostrata solidale con le rivendicazioni dei neo-laureati, promettendo di impegnarsi affinché nessuno venga escluso dalla formazione. Dichiarazioni di intenti che farebbero ben sperare a cui però siamo tutti un po' assuefatti, perché da tempo abbiamo imparato che tra il dire e il fare...

# Donne medico: sfide attuali e future



Sin dalla metà degli anni Novanta la FNOMCeO ha prestato particolare attenzione al fenomeno crescente della femminilizzazione della professione medica e sanitaria evidenziandone opportunità e criticità. Su tale problematica e sul lavoro svolto in questi anni dalla Federazione, *M.D.* ha intervistato **Annarita Frullini**, Coordinatrice dell'Osservatorio FNOMCeO della Professione Medica-Odontoiatrica Femminile

► **Anna Sgritto**

**È** necessario mettere in atto un nuovo paradigma per affrontare un fenomeno ormai acclarato: la crescente presenza delle donne nel mondo medico e sanitario. Più che di analisi oggi c'è bisogno di creare soluzioni. Ne è convinta **Annarita Frullini**, Coordinatrice dell'Osservatorio FNOMCeO della Professione Medica-Odontoiatrica Femminile che, intervistata da *M.D.*, sottolinea quanto il lavoro svolto in questi anni dall'Osservatorio abbia contribuito a far crescere la consapevolezza che unire diversi punti di vista e diversi sguardi di genere migliori la visione del mondo e produca valore.

"Per il gruppo Osservatorio c'è però il rischio di diventare simbolo del proprio genere, espressione di un femminile omogeneo e indistinto. Per evitare questo - tiene a precisare Annarita Frullini - abbiamo attivato forme di coinvolgimento oltre la rappresentanza e nostra metodologia di lavoro è il tessere reti operative e relazionali, per aumentare partecipazione e confronto nella vita della Federazione".

► **In che modo l'Osservatorio ha segnato una svolta nell'affrontare il fenomeno della femminilizzazione professionale?**

"L'Osservatorio propone politiche di consapevolezza, soprattutto di genere, per ridurre stereotipi limitanti e costruire nuovi modi per affrontare questa crisi del sistema sanitario che aumenta nonostante l'accumulo di professionalità e conoscenze. Come medici donna ci sentiamo coinvolte in azioni per governare i cambiamenti senza esserne travolte, interessate a temi trasversali e politiche complessive rivolte ad uomini e donne. Ci sono domande antiche che risuonano: cosa hanno da dire le donne medico? Che impatto hanno nel mondo della sanità? Come si valutano le politiche sanitarie dal punto di vista delle donne medico? Ci sono diversità uomo/donna nell'essere medico? Per rispondere, dando un significato alla nostra presenza nella professione, vorremmo modificare organizzazioni e istituzioni, perché siano meno burocratizzate e più adeguate alle esigenze delle persone. Da donne destinate alla cura tradizionale, come

medici abbiamo rielaborato questo concetto passando da una cura non riconosciuta socialmente, invisibile, a una cura medica, capace di manualità e correlazioni, organizzativa e gestionale, che pone attenzione alle relazioni e alle ricadute delle proprie azioni, che diventa un prendersi carico e cura, un lavoro, un impegno e un dono, per sé oltre che per l'altro. Sentiamo, legittimo, il bisogno di un agio lavorativo, di realizzazione e crescita personale. Vorremmo, senza corse ad ostacoli e acrobazie, sviluppare interessi personali e professionali con un tempo che abbia lo stesso valore, per uomini e donne, per *single* e madri perché la capacità generativa, la maternità e la conciliazione sono priorità del Paese, non questioni femminili".

► **Quali sono gli strumenti messi in campo per fronteggiare tali criticità?**

"Come Osservatorio abbiamo chiesto alla Federazione di realizzare una "Indagine Conoscitiva sulla Professione Medica-Odontoiatrica per Generi e Generazioni" sul territorio na-

zionale, per avere dati di realtà e indicatori da monitorare per meglio integrare con i cambiamenti in atto: la presenza, nelle giovani generazioni, di un elevato numero di donne e le poche certezze lavorative. Nel 2020, nella prevista parità numerica tra uomini e donne, la parte attiva della professione sarà in maggioranza femminile. Oggi i medici donna vivono più criticità: la diseguale distribuzione dei carichi di lavoro non professionali, la presenza di un *welfare* costruito sul sistema famiglia e la comune difficoltà di accesso alla formazione e al mondo lavorativo. Un dato inatteso va però detto: le donne medico, da sempre caratterizzate da bassa apicalità e bassa fecondità, durante gli anni della specializzazione hanno ripreso a fare figli, per un personale progetto di vita e realizzazione. Attraverso i risultati dell'Indagine potremmo da un lato valutare la disomogenea presenza femminile nelle specializzazioni, cercando di capire quanto la scelta sia libera o frutto di condizionamenti e adesione a norme del gruppo di riferimento, dall'altro creare modelli formativi e lavorativi più appropriati. Dal 1995 la FNOM-CeO ha posto la crescente presenza femminile, medica ed odontoiatrica, fra i suoi temi. Nella fascia di età fra i 44 e i 49 anni, con quasi 16.000 donne, si è avuta parità numerica con i colleghi. Al di sotto dei 40 anni le donne sono oltre il 60% e sono il 70% le donne iscritte a medicina. Nel 2007, anno europeo delle pari opportunità per tutti, nel primo incontro nazionale sulla Medicina e sanità declinate al femminile, si sono delineati modelli di *leadership* al femminile. Nel 2008 si è creata una rete interattiva con le colleghe degli Ordini provinciali. La Federazione ha dato poi mandato all'Osservatorio di analizzare realtà e criticità, per individua-

re possibili cambiamenti. Per questo nel 2012 abbiamo presentato un documento "Proposte per una riorganizzazione del lavoro in sanità" dal quale ripartiremo, con un confronto allargato, per inserire modelli organizzativi nella programmazione dei bisogni e nella gestione delle risorse".

### ► La rappresentanza delle donne nei Consigli degli Ordini però è ancora scarsa...

"A tale proposito mi preme evidenziare che per riconoscere il valore della presenza femminile, la Federazione ha posto in essere misure concrete nelle sue disponibilità, con l'inserimento di donne, competenti e attive, nei gruppi di lavoro interni, un po' l'equivalente dei Ministeri, e ha inserito presenze femminili, in rappresentanza FNOMCeO, nelle designazioni esterne. Malgrado ciò, permane a livello provinciale il non equilibrio della rappresentanza nei Consigli degli Ordini e negli esecutivi degli stessi. Ci sono solo due donne Presidenti e ben settanta Ordini non hanno presenze femminili nell'esecutivo. Stiamo lavorando per aumentare coinvolgimento femminile e senso di appartenenza all'istituzione e avremo proposte, in linea con i cambiamenti culturali e legislativi avvenuti, nella riformulazione della legge istitutiva per costruire la necessaria presenza di donne nei luoghi decisionali. Anche se sarà opportuna una riflessione sul ruolo e sul grado di soddisfazione dei Consiglieri negli Ordini".

### ► Quali sono le sfide future?

"Abbiamo proposto la creazione di una "Banca dati *curricula* eccellenti in sanità" che tenga conto di saperi trasversali: comunicativi, organizzativi ed economici. Iniziativa già speri-

mentata, ma nuova in sanità. Fra i temi che ci sono cari c'è quello dello sviluppo professionale continuo e del mantenimento delle competenze, legato sia al rientro dopo una gravidanza sia a possibili lunghe assenze di uomini e donne. Importante sarà incrementare il dialogo e partecipare alle reti esistenti con le altre professioni sanitarie e non sanitarie. Vi sono quasi 25.000 donne medico fra i 54 e i 59 anni e oltre 14.000 fra i 59 e i 64 anni. La sfida è quella di inventare nuovi utilizzi con quelle colleghe che, spinte da modifiche previdenziali, hanno lasciato il lavoro. Tali colleghe rappresentano una risorsa sociale e un patrimonio di competenze, che, senza entrare in competizione con le giovani generazioni, non dovrà essere sprecato. Infine è doveroso e utile, come donne e come medici, essere presenti nelle attività istituzionali e culturali di contrasto alla violenza sulle donne che è diretta conseguenza delle ineguaglianze di genere. Vogliamo esserci per contribuire a prevenire questa *escalation*, aiutando le donne a credere in se stesse, e a meglio osservare la propria interazione con l'altro. Vogliamo che nei luoghi del quotidiano, quelli dove si agisce/subisce la violenza si ottenga uguaglianza di opportunità e libertà per costruire salute e benessere". Molte le proposte, da portare avanti con tenacia, per trasformazioni continue e globali, forti e lievi come gocce d'acqua sulla roccia.

[www.qr-link.it/video/0713](http://www.qr-link.it/video/0713)



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

# Il boom delle richieste di risarcimento mette a rischio il servizio sanitario

*Nel recente convegno "Colpa medica - 10 mosse per salvare l'universalità del Ssn", organizzato a Milano dalla Cimo-Asmd della Lombardia, si sono confrontati medici, giuristi, avvocati, rappresentanti politici regionali per fare il punto sulle criticità inerenti la responsabilità medica e le possibili soluzioni da adottare*

**T**ra tagli e medicina difensiva la sanità italiana muore: questo è in sintesi l'allarme lanciato a Milano dai medici ospedalieri della Cimo-Asmd durante il convegno organizzato dal sindacato sulla colpa medica. "Negli ultimi anni stiamo assistendo ad una vera e propria orgia risarcitoria - ha dichiarato **Sergio Barbieri**, Segretario regionale della Cimo-Asmd - che costringe l'ente pubblico ad un esborso economico tale da incidere drasticamente sui costi del nostro Ssn. In un anno è stato calcolato che più di 10 milioni di euro sono spesi per la medicina difensiva. Nel tentativo di poter arginare questo fenomeno, il nostro sindacato ha proposto dieci misure atte a trovare un equilibrio tra i di-

ritti dei cittadini e quelli dei medici per ridurre i contenziosi". Il convegno, organizzato dalla Cimo-Asmd, è stato realizzato proprio con l'intento di fare il punto sulle problematiche e le criticità relative alla responsabilità medica: "Giuristi, medici, avvocati, rappresentanti politici regionali e del ministero della Salute - prosegue Barbieri - attraverso i loro interventi contribuiscono a far luce sulle questioni dirimenti a cui il legislatore è chiamato a dare una risposta per colmare definitivamente un deficit legislativo che non è più sostenibile, basti pensare che attualmente il 95% delle richieste di risarcimento finisce in tribunale e oltre il 70% dei medici viene comunque prosciolto od assolto, ma i processi durano anni".

## I dieci provvedimenti richiesti dalla Cimo-Asmd

1. Depenalizzazione dell'atto medico.
2. Applicazione del concetto di lite temeraria con diritto di rivalsa nei confronti di coloro che intentano cause strumentalmente senza alcun fondamento clinico.
3. Inversione dell'onere della prova nelle cause civili.
4. Percorsi extragiudiziali per la risoluzione del contenzioso con automatica remissione della querela in presenza di un accordo risolutivo.
5. Albi dei periti costituiti con criteri stringenti che certifichino la professionalità di chi indiscutibilmente contribuisce al formarsi del giudizio.
6. Introduzione del concetto di alea terapeutica (quando ad esempio vi siano effetti avversi non prevedibili dovuti all'uso di un farmaco o rischi insiti ed ineliminabili in una determinata procedura).
7. Copertura assicurativa e/o gestione diretta del sinistro da parte della struttura identificando un fondo regionale finanziato anche con i risparmi derivanti dalla riduzione della medicina difensiva.
8. Riduzione a 5 anni dei termini di prescrizione.
9. Tetto ai risarcimenti.
10. Obbligo dell'introduzione nelle Aziende di una vera prevenzione del rischio.



## ► La franchigia

Che l'incremento delle richieste di risarcimento sia preoccupante lo ha sottolineato anche il Procuratore Generale presso la Corte dei Conti della Regione Lombardia, **Antonio Caruso** dichiarando che rispetto a tre anni fa le richieste di risarcimento sono quintuplicate. Un tale aumento non si giustifica con la crescita dei sinistri, ma va messo in relazione al pagamento delle aziende ospedaliere al di là della franchigia assicurativa. Nel suo intervento: "La gradazione della colpa quando e come interviene la Corte dei Conti" il Procuratore ha chiarito questo aspetto: "Le polizze assicurative prevedono franchigie di vario tipo (parte di danno che resta comunque a carico dell'assicurato; la franchigia può essere espressa in importo fisso o in percentuale sulla somma assicurata; oltre alla franchigia per singolo sinistro, vi può essere inoltre una franchigia aggregata annua) cioè massimali di determinato ammontare (il tetto oltre il quale l'assicurazione non indennizza il cliente), sicché determinati danni non sono indennizzati dalla società, ma restano a carico dell'Azienda pubblica. In siffatti casi quando il danno cagionato da un medico non è neutralizzato dalla copertura assicurativa (in tutto o in parte), cosicché a pagare è la struttura pubblica, la Procura della Corte dei Conti può pretendere che il sanitario risarcisca il danno equivalente all'esborso sostenuto dall'Azienda di appartenenza".

## ► La richiesta di risarcimento per omessa visita domiciliare

In merito alla casistica delle principali ipotesi di responsabilità contabile, Antonio Caruso ha annoverato anche quella derivante da omessa visita

domiciliare: "Peculiare ipotesi di responsabilità contabile - ha sottolineato - è quella correlata ai danni derivanti da omessa visita domiciliare in mancanza di validi e giustificati motivi. Il D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 recante il Regolamento di esecuzione dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, all'art. 52 (compiti del medico) stabilisce che: *il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti. Il medico è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro. In particolari situazioni di necessità, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali (...)* Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto: (...) c) ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata; d) l'ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato. Quindi in base all'art. 52, la visita domiciliare, ove richiesta, costituisce una situazione ordinaria di assistenza medica mentre l'eccezione è rappresentata dal mancato intervento di cui deve essere comunque annotato il motivo nei prescritti registri. Il rifiuto privo di specifica motivazione di recarsi ad effettuare la visita domiciliare richiesta rende indisponibile la possibilità di cura per il paziente con violazione del diritto alla salute costituzionalmente garantito dall'art. 32 della Costituzione, con obbligo di risarcire i danni eventualmente cagionati a seguito di tale omissione".

## ► Legge Balduzzi e Corte dei Conti

Il Procuratore si è anche soffermato sulle implicazioni della Legge Balduzzi che ha depenalizzato la colpa lieve sottolineando che avendo reso penalmente irrilevante la condotta degli esercenti la professione sanitaria improntata a colpa lieve (rilevando soltanto condotte gravemente colpevoli), potrebbe aver introdotto una sorta di automatismo tra giudizio penale ed erariale: "non essendo oggi più possibile una condanna penale del medico per colpa lieve - ha specificato - appare chiaro che se una condanna interviene è perché si è accertata da parte del giudice penale la sussistenza di una condotta criminosa del medico connotata da gravità; e tale accertamento, dell'elemento soggettivo, farà stato nel processo di danno compreso quello erariale. Ma ad oggi non è dato registrare alcuna pronuncia dei magistrati contabili in merito all'applicazione del nuovo dato normativo declinato dal decreto Balduzzi. Può comunque ipotizzarsi quale possa essere lo scenario entro il quale la giurisprudenza erariale si troverà ad operare, salvo ovviamente l'effettiva verifica costituzionale della neo-introdotta disposizione che è attualmente sottoposta al vaglio della Corte Costituzionale".

[www.qr-link.it/video/0713](http://www.qr-link.it/video/0713)



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

# Come calmierare le prestazioni extra-regionali: Campania docet?

*Lazio, Molise, Puglia e Basilicata non potranno più erogare alcune particolari prestazioni sanitarie ai cittadini campani se non saranno muniti di autorizzazione preventiva della Asl di appartenenza. È quanto ha stabilito la Regione con un decreto commissariale che avrebbe come finalità quella di ridurre il fenomeno della mobilità sanitaria, evitando ricoveri inappropriati e prestazioni che, secondo il decreto, sarebbero ordinariamente erogabili in Campania*

## **Ferdinando Petrazzuoli**

Medico di medicina generale

Snamid - Caserta

European General Practice

Research Network Executive Board

(www.egpm.org)

La fine del sistema sanitario nazionale è ormai arrivata. Lentamente, ma progressivamente, i diritti fondamentali dei cittadini italiani vengono calpestati all'insegna di un cinico efficientismo, giustificato dalla grave situazione economica e dalle priorità del Ssn. Si allunga così la lista degli espedienti funzionali a tale logica fino a creare veri e propri ostacoli burocratici sui cosiddetti "viaggi della speranza" fuori Regione. La Campania è pioniera in questa ulteriore beffa, con la decisione di mettere in campo l'autorizzazione preventiva per una serie di prestazioni sanitarie da potere effettuare in altre Regioni. Sembra che un tale provvedimento potrebbe essere adottato anche a livello nazionale, visto l'intento della Commissione Salute, che riunisce gli assessori alla Sanità delle Regioni italiane, di voler arginare la "piaga della mobilità passiva".

D'ora in poi in Campania, se si vorranno effettuare alcune particolari prestazioni sanitarie fuori Regione, occorrerà il nulla osta di un'apposita commissione della Asl. La norma è stata introdotta con il decreto commissariale 156 del 31.12.2012, che è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 19 dell'8 aprile 2013. Il decreto ha valore retroattivo, così da gennaio 2013, in via sperimentale, sono cinque le prestazioni di rico-

vero e cura per le quali occorrerà essere autorizzati:

1. Interventi sulla retina.
2. Interventi sul cristallino, con o senza vitrectomia.
3. Interventi sulle strutture intraoculari.
4. Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo.
5. Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione.

Secondo la Regione, l'offerta sanitaria delle strutture regionali sarebbe in grado di soddisfare il bisogno assistenziale della popolazione residente inerente a tali prestazioni che, peraltro, risultano essere di bassa complessità, rendendo quindi ingiustificata una forte mobilità nelle Regioni confinanti. Un giudizio che però fa a pugni con una realtà che ha visto un drastico ridimensionamento dei servizi offerti, l'introduzione di ticket, l'aumento delle liste di attesa e il crescere vertiginoso dell'Irpef.

## ▶ **Le Regioni off limits**

Sono proprio le Regioni confinanti, Lazio, Molise, Puglia e Basilicata che non potranno più accogliere direttamente i cittadini campani senza preventiva autorizzazione della Asl.

Il decreto commissariale quantifica il rischio di inappropriatazza "del rimborso alle Regioni di con-

*fine*” - relativo alle prestazioni elencate ed effettuate a pazienti provenienti dalla Campania - a circa 7 milioni di euro l’anno. Cifra che, secondo quanto specificato nel decreto, contribuirebbe significativamente a determinare il deficit del Servizio sanitario regionale campano. La preventiva autorizzazione della Asl quindi avrebbe: *“la duplice finalità di evitare la produzione di ricoveri inappropriati, nonché di evitare che prestazioni ordinariamente erogabili in Campania, siano viceversa fruite in altre Regioni da pazienti residenti”*.

► **Le ragioni addotte per negare un diritto**

“Siamo partiti da cinque categorie ad elevato rischio inappropriata per avviare un percorso strategico - ha spiegato a tal proposito **Raffaele Calabrò**, consigliere per la salute del governatore-commissario della Campania **Stefano Caldoro** - I cittadini hanno il diritto di scegliere dove farsi operare, ma se ciò determina gravi sprechi, la Regione può e deve controllare nell’interesse degli stessi cittadini che pagano le tasse e chiedono legittimamente servizi e prestazioni adeguate”. Motivo per cui il decreto ha stabilito che: *“la Asl di competenza rilascerà l’autorizzazione in tutti i casi in cui, per motivi organizzativi, o per la presenza di eccessive liste di attesa, in relazione all’urgenza della prestazione, o in mancanza di idonea offerta assistenziale nella Asl stessa o in altre Asl campane, o per altre motivazioni, risulti che l’erogazione in mobilità sanitaria extraregionale della prestazione sanitaria richiesta risulti essere la modalità più ido-*

*nea per soddisfare il bisogno assistenziale del paziente e che, pertanto, risulti tutelato il diritto alla salute del cittadino”*.

Dietro questa frase coniata in pieno stile burocratico si nascondono sicuramente ordini di scuderia interni finalizzati a di dire no a quasi tutti i cittadini campani soprattutto a quelli socialmente più fragili da cui non si aspettano ricorsi e proteste. Mi chiedo entro quanto tempo il cittadino avrà dalla Asl la risposta di autorizzazione, visto che la burocrazia è stata sempre un’arma formidabile di deterrenza? Preconizzo che il cittadino verrà portato allo sfinimento: io (istituzione) non dico di no a un tuo diritto, ma tu cittadino per ottenerlo dovrai fare questo e poi questo e poi ancora quest’altro.

► **Il nocciolo del problema**

È accezione ormai comune che il sistema sanitario del Sud sia fonte di sprechi, ma al riguardo occorre fare alcuni importanti distinguo. Innanzitutto i dati Istat ci dicono chiaramente che il cittadino residente nel Sud Italia per le prestazioni sanitarie in media spende meno dei cittadini del Nord: 1.812,00 euro contro 1.850,00 euro l’anno. È l’inefficienza del sistema sanitario che al Sud produce costi ingenti.

Da uno studio della Fondazione Censis, in collaborazione con il Cergas-Bocconi: *“Il sistema sanitario in controluce. Rapporto 2012 - Sostenibilità economica e qualità dell’assistenza”* emerge chiaramente che dal 2006 ad oggi gli interventi mirati al contenimento della spesa sanitaria hanno colpito solo quella parte di costi direttamente riferiti al fabbisogno sanita-

rio degli italiani, quindi la spesa riferita alle effettive necessità come visite mediche, accertamenti, farmaci e ricoveri ospedalieri. Quella che risulta aumentata e verso cui non sono stati presi provvedimenti di contenimento è la spesa riferita al funzionamento del sistema sanitario e ai costi amministrativi. Questo è particolarmente evidente al Sud ed in Campania.

Quindi la soluzione più appropriata sarebbe quella di ridurre le spese di questa macchina burocratica amministrativa e non le prestazioni per i cittadini. Ma come sempre, la cosa più facile a farsi è quella più difficile da ottenere soprattutto in un sistema sanitario il cui modello negli anni ha mostrato diverse criticità tra cui un eccesso di burocrazia. Infatti nei sistemi sanitari di tipo Beveridge, come il nostro, ispirati al modello inglese, ritroviamo una organizzazione burocratica sovradimensionata quasi elefantica se confrontati con quelli basati sul modello Bismarckiano.

Nei sistemi di tipo Beveridge, uno dei rischi più evidenti è quello che l’interesse primario dei politici e degli altri *decision makers* invece di essere rivolto al cittadino-paziente, venga mano a mano spostato verso l’organizzazione che gli stessi politici e *decision makers*, con giustificabile orgoglio, hanno costruito nei decenni (*Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2012 Report*).

È bene quindi che i cittadini Italiani (non solo quelli del Sud) e gli stessi medici siano consapevoli di questa realtà ed esercitino il loro ruolo di *stakeholders*, intervenendo con forza nelle decisioni politiche e non accettandole supinamente.

# La Toscana sceglie di incrementare gli investimenti sulle Case della Salute

*La Giunta Regionale ha stanziato più di 8 milioni per implementare ben 54 Case della Salute su tutto il territorio. Allo studio anche un marchio identificativo per renderle immediatamente riconoscibili ai cittadini*

L'Assessore alla salute della Regione Toscana, **Luigi Marroni** ha definito le Case della Salute (CdS) uno dei pilastri della riorganizzazione della sanità regionale su cui è necessario collocare una parte delle ridotte risorse finanziarie per poter rispondere in maniera sempre più adeguata ai bisogni di salute dei cittadini. Da qui nasce la decisione di stanziare, attraverso una recente Delibera regionale, più di 8 milioni di euro per poter potenziare il numero delle CdS presenti sul territorio. Gli 8.200.000 euro assegnati saranno distribuiti tra le 12 aziende sanitarie toscane in due tranche: il 75% al momento della comunicazione di avvio degli interventi previsti, il 25% a realizzazione avvenuta. In 9 interventi sul totale dei 54 previsti, si tratta di riconversione e riorganizzazione di strutture ospedaliere, tra cui piccoli ospedali: Barga/Castelnuovo Garfagnana, San Marcello, Volterra, Portoferraio, Abbadia San Salvatore, Massa Marittima, Orbetello, Pitigliano, Castel del Piano. A fine 2012 erano in tutto 36 le Case della Salute attive in Toscana: di queste, 20 sono aperte 7 giorni su 7, 33 sono fornite di servizi di diagnostica di primo livello e 28 sono sede di moduli di sanità di iniziativa (i medici di medicina generale che vi operano aderiscono al progetto regionale del *Chronic Care Model*, per la prevenzione e la gestione delle patologie croniche). Con le 54 finanziate con la recente Delibera, in Toscana le Case della Salute saliranno a 90, per arrivare poi a 120.

Per il presidente della Regione **Enrico Rossi**, questa scelta rappresenta un importante rafforzamento dei servizi territoriali, un esempio unico a livello nazionale e al riguardo ha tenuto a precisare che: "Nei prossimi mesi, per le Case della Salute sarà identificato un marchio che le renda immediatamente riconoscibili per i cittadini, così come lo sono gli ospedali". Il potenziamento delle CdS rientra nel più ampio programma di riorganizzazione del sistema sanitario toscano, avviato con la delibera di fine 2012: "*Linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree Vaste per il riordino del sistema sanitario regionale*", con la quale si è ridisegnata l'organizzazione del sistema sanitario toscano, dai servizi sul territorio agli ospedali, dall'emergenza urgenza ai laboratori di analisi, ai servizi della prevenzione.

## ► Le preoccupazioni di Federfarma

Una critica alla linea regionale di potenziamento delle Case della Salute viene però mossa da **Marco Nocentini**, il presidente di Federfarma Toscana. "Siamo molto preoccupati dell'indirizzo che ha preso la Regione - ha dichiarato Nocentini - perché mette in seria difficoltà il sostentamento e la capillarità delle farmacie visto che i malati cronici non saranno più costretti ad andarci, non pagheranno il *ticket* o le quote aggiuntive per fascia di reddito sulla dispensazione delle medicine, riceveranno mensilmente la visita del medico".

# Innovazione digitale al servizio dell'integrazione delle cure territoriali

*Siglato di recente un accordo di programma tra Federsanità Anci e Fimmg con il fine di avviare una piattaforma cloud per la gestione delle cronicità e la continuità assistenziale*



È stato ratificato di recente un accordo programmatico tra Federsanità Anci (Associazione nazionale Comuni italiani) e Fimmg in cui viene concretizzata la volontà comune di collaborare nell'ambito della creazione di infrastrutture info-telematiche per la gestione delle cronicità nelle cure primarie e nella sanità pubblica. Una collaborazione finalizzata a favorire modelli di cooperazione applicativa omogenei e standardizzati. Tale obiettivo potrà essere realizzato grazie a un'applicazione web, che Federsanità Anci mette a disposizione gratuita del sindacato dei medici di famiglia, con funzioni basilari di cartella clinica di rete per l'accesso e la scrittura dei dati per il *Cloud* Fimmg di NetMedica Italia, il sistema di prossimo avvio che consentirà al medico di archiviare i dati assistenziali in remoto permettendo, tra medici di cure primarie, la continuità dell'informazione clinica.

"Federsanità Anci - ha spiegato il presidente nazionale **Angelo Lino Del Favero** - ha realizzato un'infrastruttura *cloud* per la gestione delle cronicità e le reti di patologia per metterla a disposizione delle Aziende Sanitarie pubbliche secondo quanto indicato nel Piano e-Gov 2012 del ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione". Tra gli obiettivi prioritari, era proprio previsto il Progetto "*Innovazione delle Aziende sanita-*

*rie*" con il fine specifico di incrementare efficacia ed efficienza delle aziende, aumentando il tasso di innovazione digitale nei processi di organizzazione interna e di erogazione dei servizi ai cittadini.

## ► Sinergie per migliorare la continuità assistenziale

"La sinergia con Fimmg segna un fondamentale passo in avanti verso l'integrazione e la condivisione dei dati. Questa è la strada giusta per il miglioramento dei processi di integrazione, condivisione e sviluppo delle conoscenze che - ha concluso Del Favero - sono sinonimi di qualità dei servizi erogati e riduzione di sprechi e inefficienze".

"La Fimmg con il *Cloud* di NetMedica Italia vuole contribuire al progresso dell'*e-health* e al miglioramento della continuità dell'assistenza - ha dichiarato il segretario nazionale della Fimmg, **Giacomo Milillo** - un processo che avviene attraverso il sistema delle reti, creando facilitazioni e servizi ai medici di medicina generale, ma anche promuovendo l'*empowerment* del paziente, secondo modalità completamente rispettose sia della riservatezza del dato che delle prerogative della professione. La collaborazione con Federsanità Anci è un'importantissima occasione per rendere la nostra iniziativa non autoreferenziale, ma aperta a tutte le realtà pubbliche e private del settore".

# AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

---

---

---



## ■ **CHIRURGIA PLASTICA**

*Otoplastica: metodi a confronto  
per correggere orecchie a sventola*

## ■ **EPIDEMIOLOGIA**

*La protesi mammaria  
aumenta la mortalità per tumore*

## ■ **OFTALMOLOGIA**

*Una cura moderna e innovativa  
per la degenerazione maculare retinica*

## ■ **ONCOLOGIA**

*Accesso alle terapie per il tumore polmonare:  
vince l'impegno dei medici*

## ■ **STOMATOLOGIA**

*Parodontite e malattie sistemiche,  
una relazione pericolosa*

## ■ CHIRURGIA PLASTICA

### Otoplastica: metodi a confronto per correggere orecchie a sventola

**L**a chirurgia plastica del padiglione auricolare si dedica alla correzione della forma delle orecchie, in primis delle cosiddette "orecchie a sventola". Anche se rivolto alla correzione di una malformazione, l'intervento è puramente estetico.

Durante il corso, svoltosi a Padova, "Le otoplastiche estetiche - Metodi a confronto", diretto dal Dott. Luca Siliprandi e patrocinato dall'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica (AICPE), si è ampiamente dibattuto sulle nuove tecniche per correggere questa diffusa malformazione. Secondo i dati forniti dalla Associazione, le otoplastiche sono poco più del 5% del totale degli interventi di chirurgia plastica estetica eseguiti in Italia nel 2012. Ad andare sotto al bisturi sono soprattutto minorenni, di cui molti di età compresa fra i 6 e gli 8 anni. "La presenza di padiglioni auricolari prominenti può generare imbarazzo fin dall'età scolare" spiega il Dott. Siliprandi. "Il fatto di essere presi in giro dai compagni, di sentirsi diversi e insicuri, è tra i motivi alla base dell'eticità dell'intervento, che può essere praticato senza problemi già alle elementari".

Gli interventi chirurgici, di solito eseguiti in anestesia locale, devono essere eseguiti con tecniche raffinate ed estrema precisione. "La forma di un padiglione auricolare dipende da una complessità di particolari anatomici" afferma Siliprandi. "Molte possono essere le diverse cause di una deformità e tutte devono essere riconosciute e corrette per garantire risultati naturali e armoniosi". Importante è rivolgersi sempre a chirurghi plastici specializzati, facilmente riconoscibili dall'appartenenza a società scientifiche di categoria, come l'AICPE.

Oltre ad offrire una panoramica di aggiornamento sulle diverse metodiche correttive, il corso svoltosi a Padova ha consentito ai partecipanti di vedere all'opera chirurghi plastici esperti nel settore che hanno dimostrato, con interventi chirurgici in diretta, alcune tecniche innovative utilizzabili non solo per avvicinare i padiglioni al capo, ma anche per diminuirne contemporaneamente le dimensioni.

Si è parlato in particolare di una nuova tecnica per ridurre le dimensioni di orecchie troppo grandi e di un "diagramma di flusso", messo a punto dal Dott. Siliprandi, per guidare il chirurgo nella

scelta della più appropriata strategia chirurgica per ottenere risultati naturali. Partendo dall'attenta osservazione del padiglione da correggere, la metodologia consente al chirurgo di decidere su quali parti del padiglione intervenire, in quale sequenza e con quale tecnica chirurgica.

Un'altra novità di cui si è discusso riguarda l'analgesia: è stato recentemente introdotto un anestetico locale, la chirocaina, che consente di mantenere l'assenza di dolore per 10-12 ore dopo l'intervento. Proprio questo anestetico è stato utilizzato sui pazienti operati in occasione del corso. "L'otoplastica può risultare un po' dolorosa per uno o due giorni dopo l'intervento" conclude Siliprandi, "e questo nuovo anestetico si è rivelato molto utile al fine di attenuare il fastidio nel postoperatorio".

#### **Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica**

AICPE ([www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)) è nata nel settembre 2011 con lo scopo di promuovere la formazione e la pratica in chirurgia plastica estetica favorendo uno scambio di conoscenze tra i chirurghi qualificati. Pur essendo una novità per il nostro Paese, non lo è affatto in ambito internazionale, dove esistono da tempo associazioni che raccolgono tutti coloro che si interessano di chirurgia estetica. Ad AICPE al momento hanno aderito più di 170 chirurghi in tutta Italia.

## ■ EPIDEMIOLOGIA

### La protesi mammaria aumenta la mortalità per tumore

L'impianto di protesi mammarie a fini estetici può incidere pesantemente sulla sopravvivenza delle pazienti che vengono in seguito colpite da un tumore del seno. Le protesi, infatti, possono determinare un ritardo nella diagnosi, facendo aumentare del 38% il rischio di morte. Lo dimostra uno studio canadese pubblicato sul British Medical Journal (*Lavigne E et al. BMJ 2013; 346:f2399 doi: 10.1136/bmj.f2399*).

I ricercatori hanno condotto una prima metanalisi di 12 studi che hanno coinvolto 1.000 donne con protesi al seno colpite da cancro tra Europa, Canada e Stati Uniti: dai risultati è emerso che queste pazienti avevano il 26% di possibilità in più di ricevere una diagnosi tardiva, quando il tumore era già nella fase più avanzata.

L'analisi di altri 5 studi, condotti su oltre 600 donne con impianti al seno e colpite da cancro, ha mostrato un aumento del tasso di mortalità del 38% (figura 1).

Il ritardo diagnostico del tumore al seno nelle donne con protesi può essere spiegato con diversi meccanismi. Il primo è che queste creano ombre radiopache che ostacolano la visualizzazione. È stato stimato che la quantità di parenchima mammario "oscurato" dalla protesi sia compreso

tra il 22 e l'83%. Inoltre una insufficiente compressione del seno per visualizzare il parenchima e la produzione di artefatti data dall'impianto rende difficile l'interpretazione del referto. E ancora, la contrattura capsulare, un fenomeno che si sviluppa nel 15-20% delle donne, riduce del 30-50% la sensibilità della mammografia. Infine, si ipotizza che alcune caratteristiche dell'impianto protesico siano grado di influenzare il referto mammografico: per esempio l'impianto subghiandolare, per la maggiore prossimità al tessuto ghiandolare, potrebbe disturbare maggiormente la visualizzazione del parenchima rispetto a un impianto sub-muscolare.

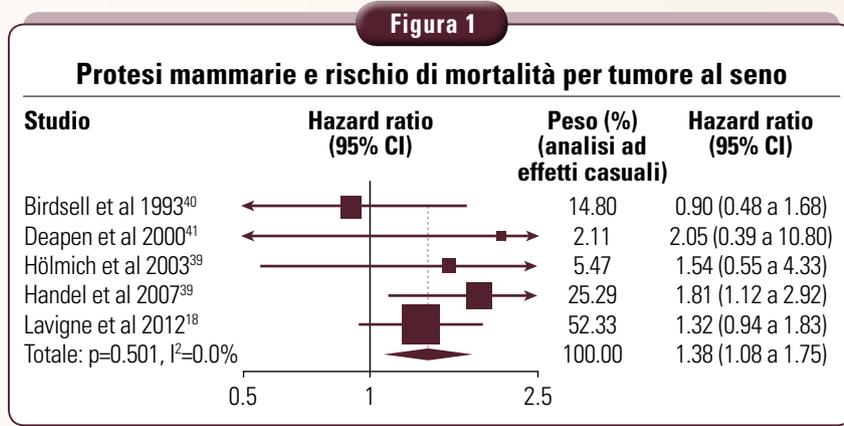
L'impianto di protesi mammarie a fini estetici è una pratica estrema-

mente popolare. Negli Stati Uniti, per esempio, si tratta dell'intervento estetico con il più elevato numero di casi: nel 2011 per esempio sono stati eseguiti 307 000 interventi, con un incremento approssimativo dell'800% rispetto ai primi anni 90.

### ► Conclusioni

I ricercatori invitano a interpretare con cautela i risultati dello studio, ricordando come non ci siano prove che dimostrino la cancerogenicità delle protesi. La loro presenza, però, può nascondere lo sviluppo di tumori nelle donne che fanno la mammografia, perché molte protesi sono riempite con materiali radiopachi che possono gettare un'ombra sui tessuti sottostanti. Lo sviluppo di tecniche radiografiche appositamente concepite per l'uso in donne con protesi al seno hanno in parte contribuito a migliorare la visualizzazione. Tuttavia un terzo dell'area mammaria non può essere visualizzato nonostante tali tecniche e ciò comporta un aumentato rischio di incorrere in risultati falsi negativi.

Figura 1



## ■ OFTALMOLOGIA

### Una cura moderna e innovativa per la degenerazione maculare retinica

**L**a terapia della degenerazione maculare legata all'età (DMLE) compie un importante passo avanti e, dopo gli anticorpi monoclonali per iniezione intravitreale - che fino a ieri rappresentavano la frontiera più avanzata delle terapie per questa patologia - arriva aflibercept. Si tratta di una proteina di fusione completamente umana, con un meccanismo d'azione nuovo, che intrappola i fattori responsabili della crescita anomala dei vasi sanguigni all'interno della retina, caratteristica nei pazienti affetti dalla DMLE di tipo umido o neovascolare.

"Si tratta di un farmaco che presenta diverse caratteristiche che lo rendono unico nel panorama dei trattamenti anti-fattore di crescita dell'endotelio vascolare", ha sottolineato il professor **Alfonso Giovannini**, direttore della Clinica Oculistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Università Politecnica delle Marche di Ancona.

"Il vantaggio di avere un farmaco in più a disposizione è significativo perché nella cura di questa malattia col tempo possono comparire fenomeni di tachifilassi, ovvero una sorta di "abitudine" dell'orga-

nismo al farmaco. Quando ciò avviene la risposta alla terapia diminuisce e disporre oggi di un farmaco che agisce con un meccanismo d'azione del tutto diverso significa poter dare risposte migliori ai pazienti che si trovano a fronteggiare la prima causa di cecità legale nei Paesi occidentali nelle persone che hanno superato i 60 anni".

Il nuovo farmaco ha un'efficacia nel bloccare l'evoluzione della patologia che nei diversi studi clinici ha superato il 95%. Negli studi di confronto con l'attuale standard terapeutico, aflibercept ha dimostrato di essere clinicamente equivalente, ha cioè dimostrato di determinare gli stessi risultati clinici, con un numero di iniezioni intravitreali ridotto (7 vs 12). Inoltre dopo le prime tre iniezioni, praticate a distanza di un mese l'una dall'altra come per gli anticorpi monoclonali, le successive possono essere effettuate ogni due mesi. Questa posologia e il ridotto numero di iniezioni presentano il vantaggio di una più agevole aderenza alla terapia, ma anche in termini di sicurezza: con la pratica delle iniezioni intravitreali, infatti, è possibile incorrere in alcuni eventi avversi (per quanto rari) direttamente connessi alla procedura iniettiva,

quali l'endoftalmite, il distacco della retina, la cataratta traumatica e l'aumento della pressione intraoculare, che a sua volta, è la porta d'ingresso del glaucoma.

La degenerazione maculare retinica può essere considerata l'esasperazione del processo di invecchiamento. Colpisce la parte centrale della retina, la macula, e si presenta fondamentalmente in due forme distinte. La forma secca, più comune, è caratterizzata dalla progressiva atrofia della macula che in pratica si "consuma", in un processo lunghissimo che richiede addirittura decenni. Nel caso invece della forma umida il danno si produce in un brevissimo lasso di tempo, ed è legato alla neovascolarizzazione in direzione della macula, che causa sollevamento e deformazione della retina stessa, portando quindi in breve tempo ai sintomi (disturbi importanti della visione centrale).

Si tratta di una patologia dai contorni epidemiologici preoccupanti: ne soffre l'8-11% delle persone tra i 65 e 74 anni poi, con l'aumentare dell'età, si ha una crescita esponenziale dei casi (attualmente hanno problemi di questo tipo 27 persone su 100 sopra i 75 anni).

[www.qr-link.it/video/0713](http://www.qr-link.it/video/0713)



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

## ■ ONCOLOGIA

### Tumore polmonare e accesso alle cure: vince l'impegno dei medici

■ **Patrizia Lattuada**

**È** grazie all'impegno dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) che i pazienti italiani con tumore al polmone possono contare su un innovativo approccio terapeutico personalizzato.

Per il trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (*Non-small Cell Lung Cancer*, NSCLC) pretrattato e positivo per ALK (chinasi del linfoma anaplastico) è infatti disponibile tra i medicinali erogabili a carico del nostro Ssn l'agente antineoplastico crizotinib. Il farmaco poteva essere

somministrato ai pazienti solo all'interno di studi clinici o per uso compassionevole.

#### ► **Terapia personalizzata**

Se solo fino a un decennio fa la diagnosi era genericamente di "tumore al polmone", nel corso degli anni si sono studiate le varianti istologiche e si è iniziato a parlare di tumore a piccole cellule e non a piccole cellule, sino ad arrivare a individuare le alterazioni molecolari, in modo da poter studiare e utilizzare - se disponibile - una terapia mirata.

Oggi è possibile rilevare la presenza di specifiche mutazioni, per esempio del gene EGFR (*Epidermal Growth Factor Receptor* - recettore del fattore di crescita epidermico), che rappresenta il 10% delle mutazioni, ma se si analizzano i pazienti non fumatori con adenocarcinoma la mutazione è presente nel 50% dei casi.

La mutazione di ALK invece impatta sul 5-7% della popolazione con ca polmonare ed è presente, come quella dell'EGFR, prevalentemente in pazienti con adenocarcinoma, tipicamente non fumatori.

Crizotinib ha dimostrato un effetto importante con una buona percentuale di regressione dando una risposta positiva in circa il 60% dei casi in pazienti già pretrattati con varie linee chemioterapiche. Il farmaco ha dimostrato di aumentare la speranza di vita con una sopravvivenza che può raddoppiare rispetto alla chemioterapia standard, ma anche di migliorare la qualità di vita. Crizotinib ha meno effetti collaterali dei chemioterapici e il paziente può assumerlo a domicilio per via orale. Sono anche in corso studi per un suo possibile utilizzo in prima linea.

A differenza di altri Paesi del mondo, l'iter che compie un farmaco in Italia dopo l'approvazione dell'EMA è molto lungo. L'AIFA conferma la registrazione avvenuta in sede europea, ma per decidere la rimborsabilità da parte del Ssn i tempi di negoziazione arrivano sino ai 12-24 mesi. Ma ci sono casi - come per crizotinib - in cui i pazienti non hanno tutto questo tempo, perché la malattia non glielo permette.

Non nasconde la soddisfazione **Cesare Gridelli**, Presidente di AIOT e Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia AORN "S.G. Moscati" di Avellino. "L'AIFA ha deciso di accogliere la richiesta di AIOT di inserimento per crizotinib tra i farmaci erogabili a totale carico del Ssn con la legge n. 648/1996 (fondi ministeriali per farmaci innovativi e che hanno dimostrato efficacia, ma non sono ancora rimborsati dal Ssn). L'azienda che ha sviluppato il farmaco (Pfizer, ndr) lo ha reso disponibile per uso compassionevole, ma questa procedura non sempre è applicabile per problematiche di copertura assicurativa e lentezza burocratica. Molti pazienti rischiavano di non ricevere il farmaco o di essere trattati con ritardo, in condizioni cliniche disperate".

[www.qr-link.it/video/0713](http://www.qr-link.it/video/0713)



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

## ■ STOMATOLOGIA

### Parodontite e malattie sistemiche, una relazione pericolosa

■ **Liria Rame**

La parodontite è una infezione cronica, ad eziologia polimicrobica ed evoluzione sito specifica, che colpisce i tessuti parodontali causando una progressiva perdita di tessuto osseo attorno ai denti. Tuttora è considerata come una delle cause primarie della perdita degli elementi dentari (fonte: Sidp - Società Italiana di Parodontologia). Decorre spesso silente per anni o accompagnata da sintomi a cui non viene attribuita importanza, come il sanguinamento delle gengive che, al contrario, indipendentemente dalla sua frequenza ed entità, è sempre segno inequivocabile di malattia attiva.

“Causa primaria della parodontite - sottolinea il prof. **Nicola Comodo**, Direttore del Dipartimento Sanità Pubblica, Università di Firenze - è la presenza di un insieme di specie batteriche che nel loro complesso contribuiscono a realizzare il processo patologico. I batteri parodontopatici e le loro tossine determinano una risposta infiammatoria nei tessuti parodontali con rilascio di proteine pro-infiammatorie”.

L'infiltrato infiammatorio attiva la distruzione del tessuto connettivale/osso alveolare attraverso la produ-

zione di numerose citochine pro-infiammatorie tra le quali riveste un ruolo principe la IL-1. I batteri parodontopatici e le loro tossine determinano una risposta infiammatoria nei tessuti parodontali con rilascio di proteine pro-infiammatorie a partire da leucociti e fibroblasti.

In questo contesto sono presenti anche altri mediatori dell'infiammazione che possono modulare il processo infiammatorio con funzione anti-infiammatoria. Il bilancio tra citochine pro e antiinfiammatorie determina la distruzione dei tessuti e la progressione della malattia. Quindi la perdita di tessuto osseo alveolare e dei tessuti molli rappresenta la caratteristica principale della malattia parodontale. La letteratura scientifica ha mostrato che la progressione della malattia parodontale non adeguatamente trattata rappresenta la principale causa di perdita di denti nei soggetti adulti.

“I dati epidemiologici relativi in particolare alle popolazioni dei Paesi occidentali - prosegue Comodo - mostrano che la malattia parodontale è molto diffusa e tende ad aumentare con l'età. Colpisce circa il 30% dei soggetti di età compresa tra i 25 e i 29 anni ed il 40% dei

soggetti di età compresa tra i 30 e i 40 anni. Oltre il 50% delle persone con un'età compresa tra i 55 e i 64 anni presenta almeno una tasca parodontale. Se si prende in considerazione la distribuzione delle tasche uguali o superiori ai 6 mm, circa il 50% degli individui di età oltre i 65 anni presenta almeno una tasca di tale profondità. Gran parte degli studi epidemiologici attribuisce alla capacità di risposta del sistema immunitario dell'ospite un ruolo sempre maggiore nel contrastare il processo infettivo-infiammatorio”.

#### ▶ **Parodontopatie e malattie sistemiche**

L'impatto negativo della parodontite sulla salute dell'individuo è aumentato dalla possibile associazione con alcune patologie. Numerosi studi hanno riportato una relazione certa tra parodontite e malattie sistemiche, come l'aterosclerosi e le sue complicanze, il diabete e la nascita di neonati sottopeso.

Alla base di tali fenomeni vi è una interazione fra l'infezione e l'infiammazione di origine parodontale con il meccanismo patogenetico di altre patologie.

[www.qr-link.it/video/0713](http://www.qr-link.it/video/0713)



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

# Il legame tra ipertensione e demenza nel paziente anziano

*La relazione tra elevati valori pressori e decadimento delle funzioni cognitive, condizioni ad alta prevalenza nella popolazione anziana, è stata oggetto di studio negli ultimi anni.*

*Ma se il nesso causale è definito per la demenza vascolare e l'ipertensione arteriosa, è invece ancora sotto indagine la correlazione tra valori pressori elevati e la demenza di Alzheimer*

**Augusto Zaninelli**

Medicina Generale, Università di Firenze

Una importante review<sup>(1)</sup>, ormai di qualche anno fa, analizzando i dati dei principali studi prospettici condotti con lo scopo di dimostrare una correlazione fra ipertensione arteriosa e demenza, ha espresso un generale e convincente consenso nell'attribuire, ad elevati valori pressori in età adulta, un ruolo favorente la comparsa di demenza in età avanzata, diluendo alcune convinzioni legate a precedenti osservazioni che avanzano un ruolo dell'ipotensione in età avanzata nello sviluppo di demenza o che evidenziavano come in soggetti anziani già affetti da demenza i valori pressori tendevano piuttosto a un maggior decremento nel follow-up rispetto ai soggetti non dementi. La relazione tra l'ipertensione ed il decadimento delle funzioni cognitive, due tra le condizioni a più alta prevalenza nella popolazione anziana (circa 75% e 30%,

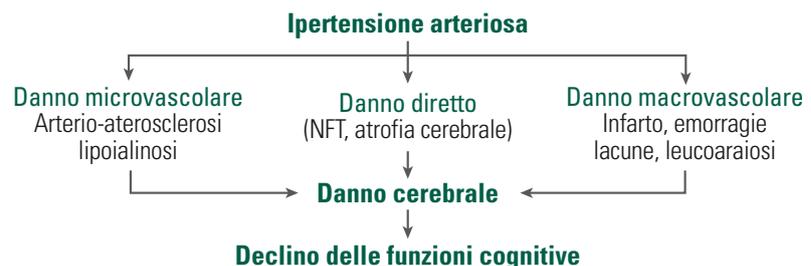
rispettivamente) è divenuta oggetto di studio negli ultimi anni. Infatti se il nesso causale fra demenza vascolare ed ipertensione arteriosa è meglio definito, è ancora dibattuto il possibile rapporto fisiopatologico tra ipertensione arteriosa e demenza di Alzheimer (figura 1).

## ► Demenza, ipertensione e altri fattori di rischio

È opinione diffusa che i fattori di rischio cardiovascolari modificabili ivi includendo l'ipertensione, l'uso-abuso di alcool, il fumo di sigarette ed alcune abitudini alimentari giochino un importante ruolo quale target di prevenzione delle cause vascolari di decadimento cognitivo. Il ruolo dell'ipertensione arteriosa e la persistenza di elevati valori sfigmici protratti prima dell'insorgenza della demenza vascolare, nonché l'indicazione al trattamento

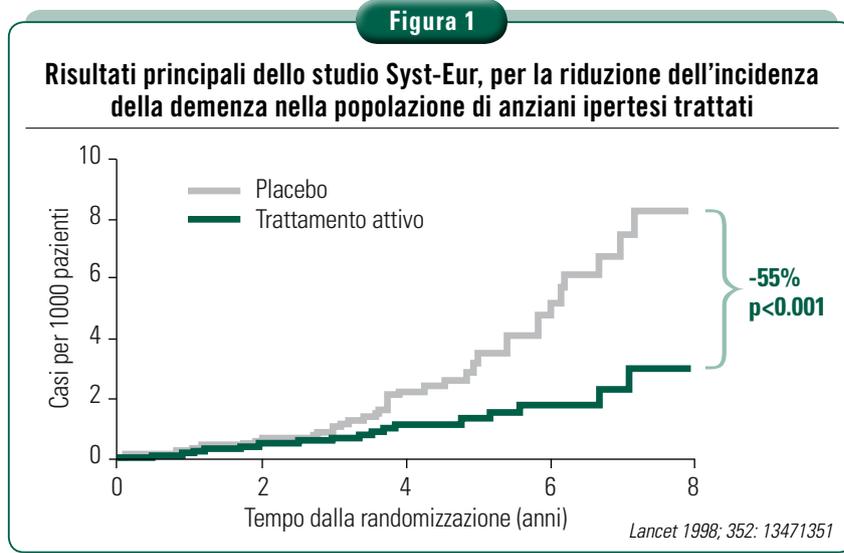
Figura 1

### Possibili meccanismi attraverso cui l'ipertensione arteriosa può causare deficit cognitivi



NFT= neurofibrillary tangles, cioè depositi di aggregati neurofibrillari a livello intracellulare

sono concetti ormai da tempo convalidati<sup>(2)</sup>. I dati di Di Carlo relativi agli anziani ipertesi di età inferiore a 75 anni<sup>(3)</sup> sembrano sottolineare come un adeguato trattamento pressorio possa essere importante, in questa fascia di età, per evitare danni cognitivi a distanza. Nello studio SYST-EUR<sup>(4)</sup>, il trattamento dell'ipertensione determina una riduzione dell'incidenza di demenza del 50% (da 7.7 a 3.8 per 1000 pazienti/anno, figura 2). Nello studio Honolulu-Asia il riscontro di elevati valori pressori nell'età media era associato ad un peggioramento cognitivo nell'età più avanzata<sup>(5)</sup>. Il declino cognitivo era proporzionale al grado di ipertensione sistolica (per ogni 10 mmHg di incremento di sistolica si eleva del 7% il rischio di "media" compromissione delle funzioni cognitive e del 5% quello di "elevata" compromissione). Oltre all'ipertensione, altri sono i fattori di "rischio" per declino cognitivo: essi sono età, genere, razza-etnia, aspetti genetici, livello culturale-educazionale, fumo di sigaretta, infarto miocardico, diabete, ipercolesterolemia, consumo eccessivo di alcool, obesità, inattività fisica, iperomocisteinemia, ipoperfusione cerebrale imputabile ad eventi emodinamici. Altri studi, poi, sembrano attribuire una correlazione fra ipertensione e demenza degenerativa, tipo Alzheimer. Diversi meccanismi fisiopatologici spiegherebbero questa relazione, infatti, studi istopatologici mostrano che nel 25-50% dei casi esiste un'associazione tra lesioni vascolari (infarti e lacune) e lesioni neuropatologiche tipiche della malattia di Alzheimer (accumulo di  $\beta$ -amiloide e grovigli neuro-fibrillari<sup>(6)</sup>). I disordini cognitivi possono esse-



re associati, ovviamente, anche a lesioni miste (vascolari e degenerative) con presenza sia di lesioni ischemiche focali sia di ischemia cronica della sostanza bianca che si traduce alla diagnostica per immagini con lesioni diffuse della sostanza bianca definite come "leucoaraiosi", espressione della malattia dei piccoli vasi arteriosi cerebrali e della severità dell'aterosclerosi cerebrale. I disordini del microcircolo cerebrale e della funzione endoteliale potrebbero essere responsabili dei disordini cognitivi nei pazienti ipertesi a causa delle modifiche a carico della barriera ematoencefalica con aumento della permeabilità vascolare e stravasamento di proteine nel parenchima cerebrale, determinando un accumulo di proteine di  $\beta$ -amiloide. Inoltre, la  $\beta$ -amiloide favorirebbe una produzione eccessiva di radicali liberi nelle cellule endoteliali con conseguente attivazione dei meccanismi infiammatori (citochine e richiamo dei leucociti) e modulatori dello stress ossidativo alla base dell'aterosclerosi<sup>(7)</sup>. Successivamente, studi longitudinali

hanno dimostrato come alti valori di pressione arteriosa in età adulta sono predittivi di incidenza di demenza in età avanzata. Valori di pressione arteriosa cronicamente alti stimolano la crescita di cellule muscolari lisce nei vasi di resistenza e quindi l'ispessimento della media nel letto vascolare intracerebrale. Studi sperimentali e clinici hanno dimostrato che l'ipertensione sposta la curva di autoregolazione del circolo cerebrale verso valori di pressione più alta, calcolata di circa 30 mmHg in più, nello stesso tempo il limite inferiore a cui il circolo cerebrale si adegua per mantenere flussi ematici utili alla corretta perfusione risulta più difficile da raggiungere (per la rigidità del microcircolo) e quindi i sintomi dell'ipoperfusione cerebrale si manifestano a livelli di pressione più elevati rispetto ai soggetti con pressione arteriosa normale. È importante, quindi, iniziare il trattamento antipertensivo quanto prima al fine di prevenire il riadattamento del meccanismo di autoregolazione cerebrale. Per questo, negli ultimi anni, gli studi

hanno spostato la loro attenzione sulla fase iniziale della malattia, ovvero quella legata al disturbo della memoria iniziale, indicato come *Mild Vascular Cognitive Impairment*, dimostrandone il ruolo predittivo dell'ipertensione<sup>(8)</sup>.

### ► Il deficit cognitivo lieve o iniziale

Il termine di *Mild Vascular Cognitive Impairment* (VCI)<sup>(8)</sup>, è stato coniato per identificare pazienti ad un livello di deterioramento molto precoce e quindi potenzialmente trattabili prima che si sia verificato un danno sostanziale e probabilmente irreversibile. Rockwood et al.<sup>(9)</sup> hanno riportato come il VCI sia una condizione frequente (5% dei soggetti al di sopra dei 65 anni) e che tutti i "sottotipi" di VCI sono caratterizzati da un aumento del rischio di morte e di istituzionalizzazione. Nel *Canadian Study of Health and Aging*<sup>(10)</sup>, dopo 5 anni dalla prima osservazione, dei 149 soggetti con VCI non-demenza (VCI-ND), 77 erano deceduti (52%), mentre 58 (46%) erano andati incontro a demenza; le donne risultavano a rischio maggiore di demenza rispetto agli uomini, mentre dei 32 soggetti vivi al *follow-up* ma non dementi, solo quattro presentavano un miglioramento della performance cognitiva. Questi dati dimostrano inequivocabilmente come la condizione chiamata VCI possa rappresentare un potenziale obiettivo per le terapie di prevenzione possibili nei confronti della demenza. Una recente consensus del *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* e del *Canadian Stroke Network* sul VCI, conclude che le linee guida proposte più che la fine rappresentano l'inizio di un percorso diagnostico, sottolineando le molteplici difficoltà diagnostiche e i vari aspetti interpretativi finora espressi<sup>(11)</sup>.

### ► Effetto del trattamento antipertensivo sulle funzioni cognitive e sulla prevenzione della demenza

L'efficacia del trattamento antipertensivo in termini di prevenzione di decadimento cognitivo è un argomento estremamente interessante che continua ad arricchirsi di nuove acquisizioni. Studi condotti ormai 15 o 20 anni fa, effettivamente, avevano posto alcuni dubbi sull'efficacia del trattamento antipertensivo, sia sulla salute in generale dei pazienti ipertesi grandi anziani e sia, nello specifico, anche sugli effetti positivi nei confronti del deficit cognitivo. L'osservazione, però che le complicanze, in termini di demenza vascolare, nei pazienti con ictus cerebrale ischemico sono evidenti, quanto è altrettanto evidente l'ipertensione arteriosa come fattore di rischio principale per l'ictus, ha indotto a proseguire gli studi in tal senso. Recentemente, infatti, i risultati di molti trial controllati hanno dimostrato come anche la variazione della pressione arteriosa durante la giornata, rilevata mediante la registrazione ambulatoriale, è predittiva di decadimento cognitivo. Infatti, alti valori di pressione arteriosa durante le ore notturne, lo stato di non-dipper e l'esagerata variabilità della pressione sono tutti parametri che si sono dimostrati influenzare la funzione cognitiva. Inoltre, alcuni hanno dimostrato come non solo i valori di pressione arteriosa a riposo ma come anche la reattività della pressione arteriosa sistolica e diastolica sotto sforzo è risultata associata ad una diminuzione della performance ai test di memoria verbale immediata e ritardata. Per-

tanto, la ricerca farmacologica ha rivolto crescente interesse anche ad individuare terapie che possano impedire l'insorgenza o rallentare la progressione del decadimento cognitivo. Certamente rilevanti appaiono i risultati emersi dalla metanalisi<sup>(12)</sup> che mostra come l'uso di bloccanti del recettore dell'angiotensina II sia associato ad una significativa riduzione d'incidenza e progressione di malattia d'Alzheimer e demenza vascolare rispetto ai soggetti in terapia con farmaci cardiovascolari diversi.

### ► Conclusione

L'allungamento della vita media e le stime di sopravvivenza dei prossimi anni, impongono una riflessione determinante: non basta prolungare la vita, occorre parallelamente aumentare il periodo di assenza di importanti disabilità, fra cui il deficit cognitivo e la demenza. Per questo, l'ipertensione arteriosa va considerata come un fattore di rischio anche per lo sviluppo di deficit cognitivo. Il trattamento dell'ipertensione rende il decadimento delle funzioni cognitive un danno potenzialmente prevenibile. Un'attenta valutazione da parte del medico di medicina generale e dello specialista deve quindi considerare il decadimento cognitivo non solo come comorbilità ma come un vero e proprio danno d'organo. Di conseguenza, lo studio del paziente iperteso dovrebbe, sin dall'inizio, comprendere una valutazione cognitiva, almeno di primo livello, per orientare il medico verso le misure di prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari prima della manifestazione clinica del deficit cognitivo.

## Bibliografia

1. Nagai M et Al. *Am J Hypertens*. 2010 Feb;23(2):116-24
2. Gorelick PB, Erkinjuntti T, Hofman A, Rocca WA, Skoog I, Winblad B. Gorelick PB, Erkinjuntti T, Hofman A, Rocca WA, Skoog I, Winblad B. Prevention of vascular dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1999; 13 (Suppl 3): S131-S139
3. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Maggi S, Grigoletto F, Scarlato G, Inzitari D. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Maggi S, Grigoletto F, Scarlato G, Inzitari D. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 775-782
4. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhager WH, Babarskiene MR, Babeanu S, Bossini A, Gil-Extremera B, Girerd X, Laks T, Lilov E, Moissejev V, Tuomilehto J, Vanhanen H, Webster J, Yodfat Y, Fagard R. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhager WH, Babarskiene MR, Babeanu S, Bossini A, Gil-Extremera B, Girerd X, Laks T, Lilov E, Moissejev V, Tuomilehto J, Vanhanen H, Webster J, Yodfat Y, Fagard R. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet* 1998; 352: 1347-1351
5. Peila R, White LR, Petrovich H, Masaki K, Ross GW, Havlik RJ, Launer LJ. Peila R, White LR, Petrovich H, Masaki K, Ross GW, Havlik RJ, Launer LJ. Joint effect of the APOE gene and midlife systolic blood pressure on late-life cognitive impairment: the Honolulu-Asia aging study. *Stroke* 2001; 32: 2882-2289
6. Skoog I. Highs and lows of blood pressure: a cause of Alzheimer's disease? *Lancet Neurol* 2003;2:334
7. Aharon-Peretz J, Daskovski E, Mashiach T, Kliot D, Tomer R. Aharon-Peretz J, Daskovski E, Mashiach T, Kliot D, Tomer R. Progression of dementia associated with lacunar infarctions. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2003; 16: 71-77
8. Hachinski VC, Bowler JV. Vascular dementia [letter]. *Neurology* 1993; 43: 2159-2160
9. Rockwood K, Wentzel C, Hachinski V, Hogan DB, MacKnight C, McDowell I. Rockwood K, Wentzel C, Hachinski V, Hogan DB, MacKnight C, McDowell I. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. *Neurology* 2000; 54: 447-451
10. Wentzel C, Rockwood K, MacKnight C, Hachinski V, Hogan DB, Feldman H, Ostbye T, Wolfson C, Gauthier S, Verreault R, McDowell I. Wentzel C, Rockwood K, MacKnight C, Hachinski V, Hogan DB, Feldman H, Ostbye T, Wolfson C, Gauthier S, Verreault R, McDowell I. Progression of impairment in patients with vascular cognitive impairment without dementia. *Neurology* 2001; 57: 714-716
11. Roman GC, Sachdev P, Royall DR, Bullock RA, Orgogozo JM, Lopez-Pousa S, Arizaga R, Wallin A. Roman G, Schdev P, Royall DR, Bullock RA, Orgogozo JM, Lopez-Pousa S, Arizaga R, Wall A. Vascular cognitive disorder: a new diagnostic category updating vascular cognitive impairment and vascular dementia. *J Neurol Sci* 2004; 226: 81-87
12. Li NC et Al *BMJ* 2010;340:b5465

## Il destino di vivere dentro un contesto di solitudine

*Una giovane donna, ferita e trascurata dal marito, trova il coraggio di fuggire da una situazione insostenibile di degrado e di abuso. Ma quando riesce a crearsi nuovi affetti e crede di aver trovato la pace, deve fare i conti con una diagnosi di tumore e con l'incapacità della sua famiglia a starle accanto in questo momento difficile*

**Ivano Cazzolato**

Medico di Famiglia  
Psicoterapeuta  
Marcon (VE)

Quando arriva in Italia dalla lontana Moldavia, Teresa ha poco più di 25 anni. Giovanissima, era andata sposa a un facoltoso faccendiere del suo Paese, occupato in diverse attività: negozi, bar, trattorie e piccoli hotel. Lui aveva vent'anni più di lei. Da quell'unione Teresa, 17enne, aveva avuto una figlia, Maria.

L'agiatezza del marito le aveva permesso di continuare gli studi, diplomandosi in lingue.

Il matrimonio ben presto si complica, quando Teresa capisce che il marito "pretende" di fare la bella vita divertendosi e andando a donne, ma manifestando una gelosia malata nei suoi riguardi. Non fa mancare il denaro a lei e alla piccola Maria, ma nello stesso tempo rincasa spesso sul far del giorno.

Lei all'inizio ama quest'uomo che l'ha tolta da una condizione di miseria, valorizzando la sua bellezza e la sua intelligenza e gli manifesta un'immensa gratitudine, essendo cresciuta in un ambiente sì povero, ma con solidi principi.

La sua famiglia aveva vissuto un grave lutto con la morte del padre, quando lei aveva cinque anni e suo fratello quindici. La madre faticava molto a mettere insieme le forze perché non mancassero pranzo e cena. I figli, crescendo, presentavano una maturità ben oltre all'età. Quando Teresa s'invaghì di quell'uomo che avrebbe presto sposato, la madre non ne era entusiasta, ma lasciò fare.

I problemi tra Teresa e il marito

vennero presto a galla perché lui pensava di aver sposato un'ingenua. In virtù della freschezza dei suoi anni egli pensava che Teresa non avrebbe intralciato i suoi affari non sempre limpidi, soprattutto, quando rincasava con giovani prostitute e gemeva con loro in una delle stanze della gran casa, dove anche moglie e figlia dimoravano. Teresa tentò timidamente di parlargli e di esprimergli tutto il suo dolore di donna ferita, trascurata e sola. Pareva che quest'angoscia della giovane moglie risvegliasse in lui una parte sadica che culminava prima con rimproveri poi con sesso sfrenato che sfiniva Teresa, umiliandola come donna, come moglie, come compagna.

Lei non poteva uscire da casa senza che lui la facesse accompagnare da un suo tuttofare, non poteva ricevere visite senza avvisarlo di chi sarebbe venuto, non poteva andare a trovare sua madre e suo fratello da sola, non poteva passeggiare fuori di casa con la bambina se non in compagnia di qualcuno. Mai in compagnia del marito che si annoiava con lei durante il giorno, e di lei gradiva solo la parte fisica che usava con una certa brutalità. La piccola Maria, ogni volta che vedeva il padre, piangeva, tanto ne era spaventata.

Teresa prende contatto segretamente con sua cognata che sta in Italia da qualche tempo. La cognata le prepara il terreno perché possa venire in Italia, assicurandola che in qualche modo sarebbe riuscita ad aiutarla a trovare un lavoro e una sistemazione. La cognata ha un regolare permesso di soggiorno da più di due anni, oltre che un lavoro.

Ci impiegherà tre mesi Teresa per organizzare puntigliosamente la fuga. Non si fida di nessuno e con nessuno ne parla. Fa tutto da sola. Una mattina di un gelido novem-



bre, raccolte le poche cose e qualche risparmio che era riuscita a sottrarre al marito, scrive un biglietto di addio che lascia sul tavolo della cucina. Alle cinque del mattino inizia il suo viaggio in treno che con rocambolesche avventure la porterà in Italia. Per paura di ritorsioni al marito, scrisse di essere andata in Inghilterra da una cugina. Arrivata in Italia, si sistema a casa della cognata, che si dà un gran da fare. Con coraggio Teresa si presenta in un albergo a Venezia e in perfetto italiano richiede un posto di lavoro. Conosce oltre all'italiano, l'inglese, il tedesco e il francese. Il direttore dell'albergo ascolta la sua storia. È un uomo sensibile e la aiuta ad avere il permesso di soggiorno, offrendole un posto alla reception in prova. La piccola Maria sta con la zia quando la madre è fuori per lavoro. Dopo pochi mesi arrivano il contratto e il permesso di soggiorno. Maria fa venire in Italia anche la madre, che sarà decisiva per fornirle un valido aiuto. Dopo circa un anno, finalmente, arriva anche il fratello che così si ricongiunge alla cognata che aveva fatto da apripista a questa famiglia di migranti. Maria cresce e frequenta le scuole in Italia: è una ragazzina sveglia e vivace. Intanto Teresa lavora e l'hotel è soddisfatto della sua competenza e delle sue capacità di relazione con i clienti. Sul lavoro conosce un cuoco, Tommaso, del suo Paese. I due s'innamorano e dopo pochi mesi anche Tommaso si aggiunge alla famiglia con tutti gli altri. Nasce quindi Dimitri e la famiglia sembra finalmente ritrovare un po' di pace. Teresa sollecita Maria, che ormai frequenta le scuole medie, a chiamare il padre. Lei non vuole parlarci. Così ogni tanto Maria chiama il papà con il quale intrattiene brevi conversazioni.

### ► L'ospite inatteso

Tutto sembra andare per il meglio. Su Teresa però gravano molte responsabilità: quando è incinta di Dimitri, Maria è terrorizzata per la sua gravidanza. Teme che con il parto la madre possa morire e lei non vuole rimanere sola. A scuola chiamano più volte la madre perché da qualche tempo la ragazzina si è chiusa in un mutismo assoluto e sembra non seguire con attenzione le lezioni. Tommaso, il giovane compagno di Teresa, è terrorizzato delle malattie. Lui in Moldavia, in poco tempo ha visto ammalarsi di tumore la madre e il padre che sono deceduti nel giro di un anno, in condizioni disastrose a causa del sistema sanitario povero, inadeguato e inefficiente. La mamma di Teresa è una donna fragile che ha perso il marito quando era molto giovane e con due figli da crescere. Anche lei si appoggia molto alla figlia che con pazienza le ha insegnato l'italiano. Insomma, Teresa è il fulcro della sua famiglia, la colonna, il faro, il timone per tutta la famiglia. Tutti la pensano forte, grintosa, combattiva. Quando dopo due settimane mi porta il risultato del Pap test, sembra che appoggi sulla scrivania il referto di una conoscente più che il suo. Con fare distaccato mi dice: "Lo sa dottore che ho un carcinoma allaervice uterina e che devo essere operata?". Lo dice apparentemente senza emozioni. Guardo incredulo il referto, in effetti, c'è scritto proprio così. Allora le chiedo con chi ne ha parlato, chi sente più vicino in questo momento. Ne ha parlato con Tommaso il quale si è molto arrabbiato. Lei in prima istanza era rimasta scossa. Non si aspettava una simile reazione. Poi mi dice: "Forse ha reagito così perché ha paura". In effetti, potrebbe essere così,

conoscendo la storia dei suoi genitori. Tommaso le ha suggerito di consultare un altro medico, ma che lui assolutamente non crede a una sola virgola di quanto c'è scritto in quel referto. Ora Teresa si lascia andare e finalmente piange. "Non ne posso parlare con nessuno dottore, mi scusi se piango qui. Tommaso ha paura e non ci crede, Maria è troppo giovane e già ha avuto una crisi quando ero incinta di Dimitri perché temeva che morissi, figuriamoci se sapesse questa diagnosi. Mia madre è fragile e piange per nulla. Sono disperata e sola". Ora dovrà affrontare l'intervento chirurgico e ritrovare un po' di forze. "Non ho paura di morire a 32 anni, ma mi sconvolge l'idea di lasciare qui soli i miei figli". Cerco di incoraggiarla e di sostenerla, assicurandole che può venire qua a parlare ogni volta che vuole. "Credevo di aver trovato finalmente un po' di pace. Sono fuggita da una situazione insostenibile di degrado e abuso. Io sono una brava persona dottore, mi creda, sono straniera, ma sono una brava persona! So che ci sono tanti pregiudizi sugli stranieri, come gli stranieri hanno tanti pregiudizi sugli italiani, ma mi creda sono una brava persona che ha dei principi sani". "Non ne dubito Teresa, l'ho sentito fin dal primo giorno che ci siamo conosciuti. L'ho capito anche con quanta attenzione segue sua figlia adolescente e da quanto amore manifesta nei riguardi di tutta la sua famiglia". "Ho tanto temuto il mio primo marito. Ho temuto la sua gelosia, le sue scorribande, la sua violenza, la sua prevaricazione, il suo potere dal quale sono fuggita anni fa, raccontando di essere andata in Inghilterra per la paura, forse un po' ingenua e forse no, che mi venisse a riprendere, che continuasse a farmi del male. Non

ho voluto che mia figlia interrompesse il dialogo con il padre. In fondo è sempre suo padre. La faccio parlare con lui, ma io non ci voglio proprio parlare! Quando ho pensato di averla scampata, ecco apparire all'orizzonte come un fulmine questa malattia. Io non sono una donna che ha avuto rapporti sessuali con tanti uomini. Io ho conosciuto solo due uomini nella mia vita, il mio ex marito e Tommaso. Il ginecologo mi ha parlato di papilloma virus e mi ha detto che c'è un nesso con questo tumore. Ora anche Tommaso dovrà fare un controllo. Ma che ne sarà della mia famiglia, dei miei figli se io morirò?"

#### ► Conclusioni

"Io sono una brava persona". Questa frase mi aveva colpito molto non

solo per il contenuto, ma anche per il modo in cui era stata pronunciata. Il medico di famiglia che ormai lavora in una realtà multiculturale, è completamente all'oscuro del contesto in cui sono vissuti molti dei migranti che ha in carico. Ci sono tradizioni, consuetudini, superstizioni, credo religioso, modi di vita completamente diversi dai nostri. Loro, i migranti, non ne parlano se non sono interrogati in proposito. Quando ne parlano, il medico stesso s'interroga se quanto il paziente racconta, è verosimile o se è amplificato, magari per suscitare pena o minimizza- to per non sentirsi giudicato.

Come ci si approccia allora all'altro, a quello che viene da lontano, a quello che non si fida completamente della medicina che gli viene proposta, come molti pazienti cinesi

ad esempio? Nella relazione medico-paziente, c'è molto da lavorare. Penso che con ciò che non conosciamo e con le culture diverse che frequentano i nostri studi, la relazione vada co-costruita, rompendo la diffidenza che spesso abita le nostre menti, aprendosi al nuovo. Non c'è bisogno soltanto che il paziente che proviene da un altro continente s'integri e questo, sappiamo che è un processo lento, che dura almeno tre generazioni come scrive bene Cecilia Edelstein. L'integrazione non riguarda solo lo straniero ma anche noi medici: dobbiamo riuscire ad accogliere senza giudicare, a conoscere senza timore, a far sentire parte di quelli che per ora stanno ancora ai margini. Un racconto più autentico di un paziente è sempre un grande aiuto ai fini della cura.



ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA  
ITALIAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

SOTTO L'ALTO PATRONATO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

## 19° CONGRESSO AIMEF NAZIONALE

Scenari strategici per la sanità del futuro:  
il ruolo del Medico di Famiglia

Presidente Del Congresso  
Walter Ingarozza

24 - 26 MAGGIO 2013  
Centro Congressi Hotel Hilton  
Giardini Naxos - ME



# Grandi ambizioni di crescita nel panorama farmaceutico italiano

Con un ricco portafoglio di farmaci (sono 500 i prodotti commercializzati nelle maggiori aree terapeutiche), Zentiva si conferma come una realtà vivace nel mercato degli equivalenti e in breve tempo si è guadagnata un posto di rilievo nel mercato italiano dei farmaci generici

**Z**entiva è approdata in Italia nel 2011, a seguito dell'acquisizione nel 2009 da parte del Gruppo Sanofi, del quale è diventata la divisione europea per i farmaci equivalenti. "Da quando opera nel nostro Paese - commenta Marco Grespigna, Direttore Business Unit Zentiva - l'azienda ha già raggiunto obiettivi importanti: in un arco temporale breve dall'ingresso nel mercato italiano, Zentiva ha infatti già guadagnato la sesta posizione in termini di *market share* nel panorama nazionale dei generici, un mercato consolidato già da diversi anni." Il portafoglio di prodotti Zentiva copre le principali aree terapeutiche: cardiovascolare, respiratorio, antinfettivi e antimicotici, salute femminile, urologia, sistema nervoso centrale, dolore, gastrointestinale.

"Fra le referenze disponibili - precisa

ancora Grespigna - vi sono circa una decina di principi attivi che noi chiamiamo "uguali", in quanto provengono dalla stessa catena produttiva del farmaco Sanofi di riferimento: in Italia, gli stabilimenti che producono gli "originator" Sanofi realizzano anche gli stessi identici prodotti a marchio Zentiva. Su queste referenze, Zentiva raggiunge quote di mercato estremamente rilevanti, risultando spesso la prima realtà nello specifico mercato. Inoltre, stiamo pianificando numerose sinergie con i colleghi della rete di informazione medico-scientifica che visitano medici di famiglia e specialisti, per supportare e diffondere i valori del marchio Zentiva anche su questa tipologia di interlocutori."

Un primo progetto, avviato a marzo 2013, è quello in collaborazione con la Divisione Diabete di Sanofi: la rete di Informatori Scientifici del Farmaco fornisce informazioni sui farmaci Zentiva ai medici che operano presso i centri di diabetologia. L'attività di informazione prosegue in occasione dei convegni medici, come avvenuto al recente congresso della Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti (Fadoi). In particolare, Zentiva sarà presente al prossimo Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD), che si svolgerà a Roma alla fine di maggio.

Altre iniziative sul territorio partiranno entro l'estate di quest'anno. In particolare, una campagna di servizio al cittadino mirata alla misurazione della glicemia, che vede la collaborazione sinergica di farmacisti e medici diabetologi, due dei target di riferimento del business Zentiva.

L'azienda sta attuando una nuova articolata strategia, con progetti rivolti a consumatori e clienti, in considerazione anche del fatto che il mercato del farmaco generico sta producendo una visibile accelerazione in termini di crescita e di bisogno di informazione da parte dei cittadini. "Siamo consapevoli di dover fare sempre meglio per essere pronti ad affiancare i medici e gli altri operatori della sanità - conclude Grespigna - e siamo certi di poterci riuscire grazie anche alle risorse, l'organizzazione e al *know how* di un Gruppo come Sanofi, che opera nel mercato farmaceutico a 360 gradi e vanta una delle prime posizioni al mondo."



[www.qr-link.it/video/0713](http://www.qr-link.it/video/0713)



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

## Camouflage, un alleato per il paziente con psoriasi

► Uno dei maggiori disagi causati dalla psoriasi è la comparsa di lesioni cutanee che influiscono negativamente sulla percezione di sé e sulla vita sociale e di relazione. Il progetto *PSO beautiful*, promosso da ADIPSO, ADOI e SIDeMaST, e realizzato con il contributo di MSD, nasce con lo scopo di fornire ai pazienti psoriasici in terapia una soluzione al problema delle lesioni cutanee: il *camouflage* o maquillage correttivo. Si tratta di una tecnica dermocosmetica che può dare un aiuto concreto ai pazienti nella copertura degli inestetismi cutanei sia temporanei che permanenti, in attesa dei miglioramenti prodotti dai trattamenti farmacologici.

Nell'ambito del progetto *PSO beautiful* è stato realizzato un video-tutorial, con la partecipazione straordinaria del famoso *look maker* Diego Dalla Palma, nel quale la dermatologa Rosanna Barbatì insegna la tecnica di questo tipo di maquillage correttivo. Il video-tutorial sul *camouflage* è disponibile, insieme ad un opuscolo esplicativo, sul sito [www.psoriasisonline.it](http://www.psoriasisonline.it), punto di riferimento per quanti soffrono di psoriasi e artrite psoriasica. Il *camouflage* non deve essere considerato un'alternativa alle terapie farmacologiche ma piuttosto un alleato delle diverse terapie disponibili.

## I probiotici prevengono la diarrea del viaggiatore

► La diarrea del viaggiatore ha diffusione ubiquitaria, con un'incidenza varia in base alle diverse aree

geografiche, la cui comparsa dall'ingestione di acqua e cibi contaminati, in genere da ceppi di *Escherichia coli*, *Campylobacter Spp*, *Shigella Spp* e *Salmonella Spp*. La prevenzione è fondata su semplici norme igieniche e regole alimentari che aiutano a ridurre l'insorgenza e la diffusione. Vi sono inoltre evidenze scientifiche a supporto delle proprietà benefiche di particolari ceppi di fermenti lattici per il riequilibrio della flora batterica intestinale. Un'adeguata integrazione probiotica quindi può costituire una strategia preventiva al fine di ridurre il rischio di contrarre la diarrea del viaggiatore. Particolarmente utile si è dimostrato l'uso di integratori alimentari a base di *Saccharomyces boulardii* e vitamine del gruppo B, efficaci per favorire l'equilibrio della flora batterica intestinale.

## Un'alleanza per migliorare la sanità pubblica

► Migliorare la salute e i servizi di assistenza sanitaria, attraverso la promozione delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo professionale della salute pubblica e del *management* sanitario. È questa la finalità con cui è nata la Federazione italiana per la salute pubblica e l'organizzazione sanitaria (Fispeo). Fispeo, raggruppa 8 Società scientifiche (Simm, Sihta, Simg, Siti, Card, Sismec, Sigg, Sip) mettendo insieme circa 300mila operatori della sanità. Si tratta di una vera e propria alleanza tra Società scientifiche il cui scopo è quello di rafforzarne sinergicamente ed armonicamente le proprie attività al fine di contribuire a creare un futuro migliore per la sanità pubblica italiana. Secondo il

presidente Fispeo Walter Ricciardi, il nostro Ssn, che oggi attraversa una crisi epocale, dovrebbe potersi avvalere di tutte le intelligenze e le professionalità che contribuiscono a mantenere e migliorare la salute degli individui e delle popolazioni, a partire da quelle che, nelle Università e nei centri di ricerca, producono idee innovative e formano professionisti capaci, includendo tutti gli operatori di sanità pubblica che lavorano nei distretti e nei dipartimenti delle aziende sanitarie locali, negli ospedali, nelle agenzie nazionali e regionali e nelle organizzazioni internazionali con il coinvolgimento dei medici.

## Pompa infusione con tecnologia touch screen

► La terapia infusione si avvale oggi del nuovo dispositivo Sapphire™. Si tratta di una pompa infusione compatta e leggera utilizzabile in ambito ospedaliero e per le cure domiciliari. Alcune delle caratteristiche del dispositivo sono il grande schermo *touch screen* a colori, progettato per una programmazione facile e veloce e diverse modalità infusione per semplificare la cura del paziente nelle diverse aree cliniche (dall'oncologia, alla terapia del dolore, alle cure domiciliari). Il meccanismo peristaltico di Sapphire™ incorpora l'innovativa tecnologia Magnetic Flow Control e assicura la continuità del flusso anche a basse velocità. La pompa è progettata per la somministrazione di terapie con alta percentuale di accuratezza infusione durante il trattamento e riduce il consumo di energia prolungando la durata della batteria.