

# M.D.

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

Anno XX, numero 9 - 15 settembre 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

### RIFLESSIONI

7

**La bagarre legislativa  
dei certificati  
per l'attività sportiva**

### DOCUMENTI

26

**Linee guida EAACI:  
un approccio multidisciplinare  
alle allergie alimentari**

### RASSEGNA

28

**Il gioco e l'azzardo:  
il gambling nel DSM-V**



**Alberto Oliveti**

*Presidente Enpam*

**Enpam tra passato, presente e futuro**

# Una questione di forma o di sostanza?

## 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  
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**

**FARMA  
MEDIA**

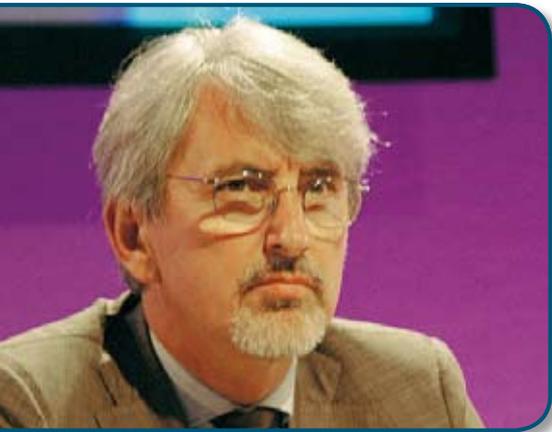
Testata volontariamente sottoposta a certificazione  
di tiratura e diffusione  
Per il periodo 1/1/2012 - 31/12/2012  
Periodicità: 15 numeri all'anno  
Tiratura media: 30.507 copie  
Diffusione media: 30.158 copie  
Società di Revisione: RIA Grant Thornton

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

**L**'eterogeneità delle cure primarie, su cui avevamo posto l'attenzione nel precedente editoriale, sembra essere sempre più un male diffuso che sta contagiando tutti i livelli di assistenza.

Gli aspetti organizzativi e le diversificate sperimentazioni di servizi assistenziali adottate nelle varie Asl hanno sempre più eco e riempiono i titoli dei giornali locali e nazionali. Esempio recente è l'articolo apparso su *Repubblica*: "Tac a mezzanotte, sanità *by night* per abbattere le liste di attesa" oppure quello pubblicato sul *Corriere delle Alpi*: "Per le diagnosi incerte scatta il teleconsulto" attraverso cui si informa che alla Asl 2 di Feltre è stato istituito un numero di telefono dedicato, con fascia oraria di almeno un'ora al giorno dal lunedì al venerdì, con l'obiettivo di "migliorare e facilitare la relazione fra medici convenzionati e specialisti ospedalieri e mettere il paziente al centro dell'azione congiunta". Questo l'obiettivo 'nobile' sbandierato, ma sappiamo bene che si tratta di una mezza verità perché la modalità adottata ben si presta a calmierare esami e prescrizioni e a controllare i codici di priorità. Insomma è il criterio economicistico a prendere il sopravvento e ad essere il *primum movens* di ogni cambiamento che riguarda l'erogazione dei servizi sanitari. È questa oramai la logica dominante a cui ci siamo assuefatti e che non risparmia nessuno, nemmeno i medici. Cura, qualità delle cure, ecc. sono ormai terminologie "corporative", ciò che conta è l'efficienza nello smaltimento della domanda di assistenza che, guarda caso, sta diventando pian piano sinonimo di "domanda di salute". Non bisogna quindi meravigliarsi se il dibattito sulla sostituzione nel Nuovo Codice Deontologico della parola 'paziente' con 'persona assistita' venga additato come una "elucubrante intellettuale" che lascia il tempo che trova. Preferire un termine rispetto ad un altro è un problema formale, non certo sostanziale, anche se viene inserito in un testo che dovrebbe racchiudere i valori fondanti della professione medica. Ma un certo filosofo del linguaggio non affermava che ad ogni fatto, ossia a ogni elemento della realtà, corrisponde una parola che lo designa, ossia un elemento del linguaggio? Non si è forse partiti dalle sue idee per poter oggi affermare che nel linguaggio che l'uomo utilizza sono racchiusi i significati che egli pone a fondamento della propria azione che è il veicolo costruttore della realtà quotidiana? Ma forse anche questi interrogativi lasciano il tempo che trovano visto che, come un po' di tempo fa un insigne politico ci ha ricordato, con la "cultura non si mangia".

# Enpam tra passato, presente e futuro



Gestire l'eredità e impostare il cambiamento: con questi obiettivi **Alberto Oliveti** - intervistato da *M.D.* - dice di essersi approcciato al mandato di presidente della Fondazione Enpam che gli è stato conferito in un momento difficile e delicato sia per il sospetto danno patrimoniale subito dall'Ente - sbandierato dai *media* dopo la pubblicazione dell'analisi della società di consulenza finanziaria incaricata della revisione dei bilanci - sia per l'attuale congiuntura economica e sociale

► **Anna Sgritto**

“// Quando sono stato eletto presidente - tiene a precisare **Alberto Oliveti**, presidente Enpam - ero ben consapevole della situazione complessa e difficile che mi aspettava, ma avevo ben chiaro che c'erano due cose da fare: gestire l'eredità e impostare il cambiamento la cui declinazione passava attraverso tre grandi riforme, la riforma della previdenza, quella inerente alle modalità di investimento e infine la riforma dello Statuto. La prima l'abbiamo affrontata mantenendo il patto fra le generazioni subentranti, l'obiettivo della seconda era di mettere al centro la previdenza con i suoi tempi e le sue scadenze e approntare una politica di investimento atta a garantire la tenuta dell'intero sistema. La riforma dello Statuto, in via d'approvazione, doveva, gioco-forza, adattarsi a questi cambiamenti e garantire una maggiore rappresentatività malgrado la necessità di snellire la struttura di rappresentanza”.

► **L'iter della riforma previdenziale è stato particolarmente impegnativo...**

“Gli effetti della privatizzazione (ex L. 509/1994) hanno avuto notevoli risvolti sul processo di cambiamento, reso ancora più arduo dal susseguirsi di nuove decisioni governative. L'innalzamento della sostenibilità a 30 anni e poi, con il Decreto Salva Italia, a 50 anni hanno scompaginato un sistema che era equilibrato sui 15 anni. Ma ce l'abbiamo fatta: la Cassa dei medici e degli odontoiatri è stato il primo Ente previdenziale privatizzato a mettersi in regola con i requisiti introdotti dal Decreto. Abbiamo centrato l'obiettivo, siamo riusciti, con non poche difficoltà, a varare una riforma delle pensioni epocale, che ci ha permesso di raggiungere una sostenibilità a lungo termine, garantendo adeguatezza delle prestazioni ed equità nei confronti delle generazioni che verranno. Inoltre abbiamo varato una riforma della *governance* del patrimonio adottando procedure e mo-

dalità di investimento che ci allineano alle migliori pratiche dei Paesi europei. Il nuovo modello - disegnato, in tempi non sospetti e con il contributo di **Mario Monti** quando, non ancora presidente del Consiglio, rappresentava la figura europea più autorevole in tema di concorrenza - prevede che il CdA sia sempre al centro delle scelte e che possa contare su due livelli di controllo del rischio. È stato previsto da un lato un *risk manager* indipendente dalla struttura e completamente staccato dalla dinamica di scelta dei prodotti di cui deve controllare l'andamento, dall'altro un *advisor* che valuta i rischi già nella fase iniziale, cioè quando le varie opzioni di investimento vengono prese in considerazione. Si è cercato così di correggere quegli elementi di sistema della filiera decisionale a rischio di distorsioni e, con una nuova *asset allocation*, che divide idealmente il patrimonio in classi, associando a ciascuna un *benchmark* di riferimento, di valutare se l'investimento rende quanto preventivato”.

► **Questi cambiamenti però sono stati segnati da una pesante eredità...**

“È vero, abbiamo rischiato il commissariamento, ma si trattava di un rischio legato più all'eccesso di enfaticizzazione dato dai *mass media* che alla gravità dei fatti. Si partiva dall'ipotesi che l'Ente avesse in pancia un grosso buco finanziario. Ma quello che veniva indicato come buco, come una perdita consolidata, non era altro che il risultato di una svalutazione titoli, di una parte finanziaria che, in un momento specifico della rilevazione delle quotazioni di borsa (*fixing* momentaneo) era inferiore al prezzo dell'acquisto. Per semplificare, è come avere nel pacchetto finanziario delle azioni che si sono svalutate e su cui nelle proiezioni future è bene non far conto. Spesso, come l'esperienza insegna, i problemi possono essere forieri di grandi opportunità per accelerare dei cambiamenti necessari. Ed è quello che abbiamo fatto anche attraverso le linee guida che ispirano la riforma dello Statuto e che stabiliscono una riduzione del numero dei componenti il CdA; un Consiglio Nazionale costituito sia da Presidenti di Ordine sia da rappresentanti eletti dai contribuenti; la divisione fra chi amministra e chi controlla. Uno Statuto in cui verrà messo nero su bianco che gli investimenti economici dovranno essere finalizzati alla previdenza. Cominciamo già a raccogliere i primi frutti: i conti previdenziali migliorano, ne è esempio il saldo previdenziale registrato nel 2012, il cui risultato è stato superiore all'8.9% rispetto a quanto prefigurato nel bilancio tecnico atto a calcolare la sostenibilità dell'Ente a 50 anni. Tale saldo misura nell'anno la differenza tra entrate contributive e spese per le prestazioni previdenziali e assistenziali”.

► **Lei ha più volte affermato che la sostenibilità non è solo un problema di coefficienti e aliquote...**

“La professione sta cambiando velocemente saremmo miopi se pensassimo che questi cambiamenti non avranno un impatto significativo anche sui futuri contributi previdenziali. È necessario porre l'attenzione sui processi di innovazione tecnologica, sui cambiamenti a livello occupazionale e professionale che stanno interessando il mondo medico. Attualmente la spesa per la sanità impegna almeno l'80% dei bilanci regionali e quindi un'evoluzione delle cure sarà certamente necessaria affinché il sistema sia sostenibile anche in futuro. Sono convinto che assisteremo ad una dicotomia sempre maggiore tra ospedale e territorio. Il primo dovrà occuparsi sempre più delle situazioni acute, il secondo, per rispondere ai crescenti bisogni di salute di una popolazione che invecchia, dovrà sempre più usufruire dell'informatica e delle nuove tecnologie. Già oggi si stanno sperimentando sul territorio modelli di servizio di telemedicina che permettono a moltissimi pazienti cronici di essere monitorati attraverso *medical device*. L'Enpam istituzionalmente ha il compito di pensare al futuro della professione e quindi non può esimersi dall'impostare un percorso anticipatorio. Ed è proprio da qui che nasce l'esigenza di un Osservatorio sul mercato del lavoro e delle professioni sanitarie. Si tratta di uno strumento di monitoraggio del sistema, a cui abbiamo dato il via di recente, che attraverso il confronto aperto tra istituzioni, mondo universitario permetterà di programmare un futuro per le professioni sanitarie correlato all'evoluzione del mercato del lavoro

e ai suoi riflessi sulla previdenza in modo da poter continuare a garantire salute ai cittadini, lavoro ai giovani medici di oggi e il pagamento di pensioni adeguate in futuro. Al momento abbiamo individuato tre filoni di indagine: situazione e prospettive occupazionali dei giovani, impatto delle nuove tecnologie sulla professione, conseguenze dei mutamenti dei modelli organizzativi, in particolare delle società tra professionisti”.

► **Oltre al monitoraggio della professione attraverso l'Osservatorio, l'Enpam ha proposto di estendere le tutele previdenziali e assistenziali agli studenti di Medicina e di Odontoiatria del quinto e del sesto anno...**

“Si tratta di una misura di responsabilità nei confronti delle giovani generazioni, le più penalizzate dall'attuale crisi, che risponderebbe anche all'esigenza di diffondere tra i giovani una maggiore consapevolezza sulle necessità del futuro e una cultura del risparmio previdenziale. L'Enpam accrediterebbe ogni anno nella posizione previdenziale dello studente un contributo minimo, abbiamo ipotizzato, circa 100 euro. Lo studente avrebbe la facoltà di versare questo contributo dopo l'ingresso nel mondo del lavoro. Le tutele, comunque, scatterebbero da subito”.

[www.qr-link.it/video/0913](http://www.qr-link.it/video/0913)



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

# Riforma della MG e nuova convenzione: timori e dubbi

*L'irrealistica aspettativa generata nella cittadinanza dalla Riforma Balduzzi con la promessa di un'assistenza no-stop da parte dei medici di famiglia e la scarsità delle risorse per poterla implementare non sono foriere di buoni auspici per il futuro dei Mmg*

**Stefano Alice**

*Medico di medicina generale, Genova*

**T**emo sempre più che una diretta conseguenza della Riforma Balduzzi possa essere la decurtazione degli emolumenti ai Mmg per l'associazionismo. Timore che scaturisce dalla lettura della bozza dell'atto di indirizzo, che la Sisac ha predisposto da mesi, in vista della fase negoziale straordinaria, che si vuole aprire, interrompendo solo per la parte normativa il blocco contrattuale, disciplinato con legge fino al 2014 compreso. Quando si dice l'eterogenesi dei fini: la più modernista delle riforme mette in crisi quel poco di moderno che la realtà della medicina generale ci offre. Così tocca ad un tradizionalista come me difendere il nuovo che c'è e che tanti sforzi ci è costato. Lo faccio evidenziando che in tutte le professioni liberali è avvertita da tempo l'esigenza di forme di coordinamento tra i professionisti, per assicurare ai clienti un servizio efficiente ed operativo. Ma questo non significa che sia giusto e conveniente imporre l'abbandono dell'esercizio professionale in forma individuale. La cooperazione deve essere volontaria. Dirò di più, o è volontaria o non è: si riduce a coabitazione. I nostri "Gruppi", le nostre "Reti", nati per libera scelta, sono novità affermatesi senza rompere con ciò che le ha precedute: hanno salvaguardato il rapporto di fiducia tra medico e paziente, la diffusione capillare degli studi nel territorio e la concorrenza, sotto forma di collaborazione competitiva. Se mi si chiede quale di queste due forme organizzative sia meglio, rispondo: quella che si sarà rivelata, di volta in volta,

più adeguata a soddisfare le esigenze del mercato. Non reputo sensato cercare di stabilire con un'indagine razionale quale sia la forma organizzativa ideale della Medicina Generale, per imporne l'adozione universale. Chi vuole disegnare un modello, a cui tutti si devono conformare, andrà incontro a cocenti delusioni. Il dogmatismo non paga.

## ► Il rischio di uno scontro ideologico

Se allarghiamo lo sguardo alla realtà europea vediamo fronteggiarsi da un lato le *Group practices* britanniche, caratterizzate dal fatto che i medici, che ne fanno parte, ne sono i dirigenti, possiedono o affittano lo studio in cui esercitano, scelgono il personale di segreteria e sanitario, che opera alle loro dipendenze, dall'altro i CAP (*Centre d'Atenció Primària*) catalani, in cui i medici sono semplici membri di un *team* multi professionale, hanno un contratto da pubblici dipendenti e lavorano, turnando, in locali di proprietà pubblica. Pubblico *versus* privato. Imprenditori indipendenti e dirigenti di organizzazioni professionali *versus* impiegati statali. In Italia si comincia ad avvertire questo dualismo tra il Distretto, organo della Asl e le Medicine di Gruppo, talvolta collegate tra loro nelle Aft (Aggregazioni Funzionali Territoriali), di cui sono proprietari i medici e non la Asl. Se diventa uno scontro ideologico, la controversia tra fautori del pubblico e del privato non farà molti passi avanti. Ci si incaglierà a sostenere tesi di principio non ulteriormente argomentabili. Per questo spero nella cautela di fronte alla pretesa di possedere una verità definitiva, nella disponibilità alla sospensione del giudizio (*epoché*), a tener conto di ciò che accade negli altri Paesi europei, a ragionare in termini di *Evidence Based Health Policy*.

# La bagarre legislativa dei certificati sportivi

*Con la tormentata vicenda dei certificati per attività ludico-motoria e sportiva non agonistica siamo decisamente passati dal paradosso sanitario alla schizofrenia istituzionale*

**Giuseppe Belleri**

*Medico di medicina generale, Flero (BS)*

**C'**erano voluti mesi e mesi di consultazioni, pareri di esperti e istituzioni sanitarie, trattative e audizioni in commissione, ma poi l'iter avviato dal ministro Balduzzi quasi un anno fa era arrivato a buon fine, con l'approvazione del decreto che introduceva tre livelli di certificazione, in base alle caratteristiche dell'assistito, per avere l'ok all'attività ludico-motoria e sportiva. Approvato il 24 luglio il decreto doveva entrare in vigore con il mese di agosto, ma a pochi giorni dalla sua applicazione pratica è arrivato il colpo di scena: in una notte durante la discussione del decreto del "Fare" la Camera ha spazzato via tutto e ripristinato la vecchia prassi, per cui niente più accertamenti, certificazioni del medico sportivo, ecc. Non è dato conoscere quali sono state le motivazioni "tecniche" di tale brutale deliberazione nemmeno le argomentazioni politiche adottate dai proponenti per cassare la decisione presa solo due settimane prima da altri colleghi: tutto è rimasto nella penombra notturna della Camera, come pure non era per nulla chiaro il "razionale" del decreto Balduzzi. Anzi a detta degli esperti in materia esistono ben poche evidenze EBM a dimostrazione del fatto che un ECG possa concretamente ridurre i potenziali danni dell'attività fisica non agonistica. L'unico a protestare è stato il padre putativo del decreto: "abrogare in una notte cedendo ad alcune piccole lobby una norma di qualche mese

*fa costata un lungo procedimento, approfondimenti, finanche un parere del Consiglio Superiore di Sanità, non è esercizio di saggezza legislativa". "Chiedo al ministro Lorenzin di impegnarsi quanto prima a rimediare a questa disavventura notturna - ha rincarato Balduzzi - per salvaguardare la salute dei cittadini promuovendo la pratica sportiva" poiché il Senato si sarebbe dimostrato un "legislatore frettoloso e poco attento alle evidenze scientifiche".*

La morale della vicenda è semplice: chi adotta certi provvedimenti è perlopiù inconsapevole degli effetti pratici che rischia di scatenare, per palese ignoranza del contesto su cui impatteranno le nuove norme. Agli operatori sul campo non resta che verificarne gli esiti in quanto sono gli unici che conoscono e possono quindi valutare le circostanze particolari di tempo e di luogo in cui si calano i provvedimenti presi top-down e in genere senza la consultazione di chi poi li dovrà applicare. La vicenda illustra, per l'ennesima volta, la schizofrenia dei decisori istituzionali che non sanno discriminare tra etica delle (buone, ma a volte impreviste) intenzioni ed etica della responsabilità per le conseguenze pratiche delle decisioni adottate. Ogni volta che un burocrate ministeriale modifica anche solo una virgola di un decreto che norma alcune pratiche medico-sanitarie rischia di innescare effetti a cascata di cui è in genere inconsapevole e che possono anche sortire esiti imprevisti, collaterali e talvolta controintuitivi. Non è azzardato evocare la famosa metafora dell'effetto farfalla, che illustra gli strani e imprevedibili effetti dei sistemi caotici, resa celebre dal film *Jurassic Park*: "un battito d'ala in Amazzonia può scatenare una tempesta in California".

# Meno burocrazia: così si salva il nostro Ssn

*Se si vuole conservare il carattere universale del nostro Ssn è necessario puntare sul Mmg liberandolo dalla morsa della burocrazia che ne imprigiona l'atto medico e costruendo un iter formativo adeguato alle sfide future della professione*

**Maurizio Daccò**

*Coordinatore corso di formazione in Medicina Generale  
Polo Formativo di Pavia*

Il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha dichiarato alla Camera che *"Il Ssn si confronta con grandi sfide assistenziali, quali i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo. L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema, affinché sia in grado di mantenere i risultati che ci vengono riconosciuti. Non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto a un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza distinzione, ha subito nel tempo dei correttivi"*. Correttivi che hanno di fatto determinato una vera e propria trasformazione del sistema sanitario così come l'avevamo conosciuto. Non dimentichiamo che il Servizio sanitario nazionale è nato in Inghilterra, è stato pensato e creato nel 1948 quando ci si rese conto dell'importanza sociale e politica per un Paese di poter disporre di un sistema che garantisse a tutte le persone la possibilità di accesso alle cure. In Italia, nel nostro piccolo, siamo stati i primi a ispirarci a tale sistema. Il 23 dicembre 1978 veniva infatti approvata dal nostro Parlamento la legge n. 833 istitutiva del Ssn o legge di Riforma sanitaria, le cui premesse erano state peraltro poste già nel 1945. Prima della legge 833 a tenere banco era il medico condotto, il vecchio medico del paese col calesse,

con il quale raggiungeva il domicilio dei malati (adulti, vecchi e bambini) per poterli visitare. Poi vennero le mutue: qualcuno ricorderà ancora che c'era il medico convenzionato con tutte le mutue. Quello più famoso resta immortalato nel film di Alberto Sordi. Le mutue erano tante e diverse: c'era la mutua degli operai, l'Inam, c'era quella degli statali, l'Enpas, quella dei dipendenti degli enti locali, l'Inadel, degli artigiani, dei commercianti, degli agricoltori; ogni categoria aveva la sua "Cassa di assistenza" con forme di pagamento diverse. Per chi non aveva un lavoro non c'era copertura assistenziale che è stata conquistata grazie all'istituzione del Ssn.

Sia per organizzazione sia per tempo dedicato, il profilo del medico di famiglia (Mmg), figura nata con l'istituzione del Ssn, era molto diverso da quello attuale. Il Mmg lavorava da solo. Oggi sono sempre più i colleghi che lavorano in gruppo o in rete e quelli che continuano a lavorare da soli in futuro, non potranno più farlo, dovranno adeguarsi a quanto contemplato dalla riforma dell'assistenza primaria. Il lavoro dei medici e del Mmg in particolare è stato sostanzialmente modificato dall'avvento dell'informatica che si è fatta largo nei nostri studi attraverso i computer. Dotare il proprio studio di un computer è stata all'inizio una libera scelta che a poco a poco si è trasformata in obbligo non solo per essere al passo coi tempi, ma perché è divenuto oggetto dirimente per la stipula convenzionale.

La cartella clinica informatizzata ci ha dato la possibilità di raccogliere e sistematizzare una mole infinita di dati sui nostri pazienti. Nel frattempo alcune Regioni, come la Lombardia con il SSISS, sono state

antesignane nella costruzione di un sistema informatizzato socio sanitario. Ma ora ci dobbiamo preparare ad altre rivoluzioni "digitali" che coinvolgono tutto il territorio come il "patient summary" e la ricetta elettronica e dovremmo contemplare le frontiere assistenziali che si aprono con la telemedicina.

### ► Pazienti esigenti

Non solo il nostro lavoro ha subito delle trasformazioni, sono cambiati anche i nostri assistiti/pazienti. Sono molto più informati, attenti ed esigenti, non sempre ligi ai consigli che gli diamo e molto spesso mettono in discussione anche le diagnosi che facciamo e le terapie che prescriviamo. Ciò accade per una serie di motivi tra cui la difficoltà "culturale" dei nostri tempi ad accettare la malattia e la perdita di autorevolezza del nostro ruolo professionale. Perdita che si è sedimentata negli anni e che ha messo fortemente in discussione il rapporto tra Mmg e paziente che è il fondamento della nostra professione. A ciò si aggiunge il fatto che sono sempre di più i cittadini che ricorrono alle cosiddette cure alternative e molti lo fanno non in maniera appropriata perché mossi da una crescente diffidenza verso terapie consolidate. Non ci dobbiamo meravigliare quindi se è in continua crescita la medicina difensiva su cui ci confrontiamo spesso anche con iniziative istituzionali promosse dai nostri Ordini. Gli studi dei Mmg, in qualità di porta d'accesso del Ssn, sono anche viatico dei disagi sociali che vivono i nostri assistiti. A noi si rivolgono in prima istanza cittadini con esordio di malattie e quelli affetti da malattie croniche. Ma veniamo in contatto anche con

persone sane a rischio di sviluppare malattie verso le quali abbiamo il dovere professionale di fare promozione della salute e attività di prevenzione primaria. Dovremmo insistere sulla medicina preventiva: il medico di famiglia gioca un ruolo determinante nell'educazione sanitaria, ma per poter svolgere questo ruolo al meglio deve essere sensibilizzato e formato. L'OMS ha rilevato come ben l'80% dei casi di malattie cardiovascolari si possa prevenire incidendo sui comportamenti attraverso una combinazione di informazione e sensibilizzazione pubblica. I pazienti saranno sempre più protagonisti del proprio benessere, con una maggiore responsabilità personale, stili di vita più salutarie e una ricerca di cure e di terapie alternative: questi saranno tutti trend inevitabili, favoriti dalla diffusione dei social media che garantiscono una maggiore condivisione delle informazioni non solo tra esperti e pazienti, ma anche tra gli stessi pazienti.

### ► Anziani e cronicità

L'invecchiamento della nostra popolazione colloca l'Italia ai primi posti in termini di spesa pubblica collegata all'età. In fatto di invecchiamento della popolazione, Pavia dove io svolgo la mia attività, è tra le province lombarde quella col più alto numero di anziani, soprattutto in certe zone dell'Oltrepò, dove oggi non si parla più di "over 65", ma di "over 75" e di quarta età. Tutti gli studi di settore evidenziano che la nostra spesa sanitaria è destinata ad aumentare proprio in rapporto all'invecchiamento della popolazione e al conseguente aumento delle malattie croniche. Il recente "Rapporto"

realizzato dall'*Economist Intelligence Unit* (M.D. 2013; 8:6-7) ha infatti individuato quattro principali driver di costo: l'invecchiamento della popolazione e la conseguente cronicizzazione di molte patologie; il costo del progresso tecnologico; la crescente domanda di servizi da parte di pazienti sempre più informati, ma che conducono stili di vita sempre meno salutari; l'inadeguatezza delle strutture di finanziamento e delle priorità esistenti rispetto alle necessità e richieste attuali.

Se si vuole salvare il carattere universale del nostro Ssn dovremo gioco forza far fronte a una razionalizzazione dei servizi sanitari che ci consenta di non sprecare risorse sempre più esigue.

I medici di famiglia, in questo scenario, assumeranno il ruolo di veri e propri "custodi" del Sistema sanitario e "coordinatori" delle cure dei pazienti cronici e anziani. Questo implicherà un aumento delle competenze, dello status e si spera della remunerazione dei Mmg. Saremo chiamati a operare come "manager del paziente", coordinando i vari fabbisogni assistenziali e terapeutici di coloro i quali presentano più patologie.

### ► Il peso della burocrazia

Se questa è il futuro che ci attende, non potremmo certo affrontarlo con il carico burocratico che abbiamo e che ci toglie già troppo "tempo clinico" da dedicare ai pazienti. È da anni che sottolineiamo la necessità di deburocratizzare l'atto medico. Affrontare questo argomento è fondamentale e non basta farlo solo attraverso la dotazione di segretarie di studio di cui peraltro moltissimi di noi si sono dotati da tempo.

# Campania: in vigore il nuovo accordo integrativo tra le polemiche sull'H 24

*È stato pubblicato sul Bollettino Regionale della Campania n. 46 il Decreto n. 87/2013 con cui la Regione ha definitivamente approvato l'Accordo Integrativo Regionale (Air) dei medici di medicina generale*

Il segretario provinciale della Fimmg di Napoli, **Luigi Sparano**, nel dare comunicazione agli iscritti dell'avvenuta pubblicazione del nuovo Air, ha tenuto a sottolineare che tale accordo rappresenta una svolta per la medicina generale campana che ha dovuto attendere dieci anni per il rinnovo. L'ultimo accordo, infatti, è datato 2003.

Per **Silvestro Scotti**, vicesegretario nazionale Fimmg, questa intesa segna l'inizio di una nuova stagione nella sanità territoriale in quanto espressione della volontà della Regione Campania di avere un dialogo aperto e continuo con i medici di famiglia nella ricerca di soluzioni per problematiche che riguardano non solo gli aspetti sanitari, ma anche quelli ambientali e sociali del territorio: "ambiti in cui la medicina generale - ha dichiarato Scotti - se opportunamente coinvolta può rappresentare l'eccellenza per le specifiche caratteristiche di prossimità ai cittadini".

Nell'Air, infatti, la Regione si fa carico di individuare le risorse e i meccanismi per:

- fornire gli strumenti informatici all'invio della ricetta elettronica e all'avvio di modelli utili alla diffusione del fascicolo sanitario;
- stabilizzare quelle utilizzabili per le forme organizzative complesse della medicina generale (gruppi, reti, aggregazioni funzionali assistenziali, modelli di h 24)

a livello delle Asl per promuovere un utilizzo dinamico, innovativo e di offerta più appropriata;

- promuovere l'integrazione tra i medici di assistenza primaria e quelli di continuità assistenziale partendo dai medici con doppio incarico alla ricerca di un meccanismo di transizione che vada verso il ruolo unico in conformità con la legge Balduzzi;

- favorire l'inserimento dei giovani medici della Formazione specifica in medicina generale senza trascurare le esigenze dei medici già inseriti in graduatoria.

Entrando nello specifico, l'Accordo integrativo regionale prevede la redistribuzione della quota variabile dello stipendio a fronte del progressivo coinvolgimento dei medici campani nelle aggregazioni territoriali e in processi di monitoraggio dei pazienti fragili, *disease management* del diabete mellito e potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata. Un'altra novità riguarda i medici di continuità assistenziale a cui viene data la possibilità di avere fino a 850 assistiti contro il limite di 650 della convenzione nazionale. L'incremento è condizionato all'ingresso in reti o gruppi e alla rinuncia, per ora, alla maggiorazione rispettivamente di euro 4,70 e 7,00/assistito/anno prevista dall'Acn del 2005 per questi istituti. Un compromesso inevitabile, poiché, come sottolineato dal vicesegretario nazionale Fimmg, le risorse messe in

campo erano limitate: "Ma la soluzione trovata tra i colleghi di continuità assistenziale - ha tenuto a precisare Scotti - sta avendo più consensi che critiche. Inserimenti diffusi di 'doppi incarichi' in aggregazioni di medici di assistenza primaria aprono la strada all'assistenza h 24".

Ma è proprio sull'assistenza h 24 che sono nati i forti distinguo che stanno alimentando il recente botta e risposta tra i sindacati firmatari dell'accordo. Il Sindacato dei Medici Italiani (Smi), infatti, pur salvando l'impianto dell'Air, ha definito l'assistenza h 24, una farsa, dichiarando che questo punto è stato male interpretato e propagandato.

Secondo **Giuseppe Del Barone**, presidente Smi, è impossibile inserire l'h 24 in un accordo regio-

nale se non è prima contemplato in quello nazionale, inoltre l'assistenza 24 ore su 24, per essere garantita deve avere il supporto di alcune strutture territoriali intermedie, hospice, centri diurni e notturni, che al momento in Campania non ci sono.

A tale contestazione la Fimmg ha risposto precisando che nell'Air sono solo state tracciate le premesse della riqualificazione del territorio. Le innovazioni andranno costruite progressivamente nel tempo con condivisioni di obiettivi tra sindacati e Regione, utilizzando dapprima percorsi sperimentali di modelli di sviluppo della attuale rete organizzativa dei medici di medicina generale a partire dalla formazione di aggregazioni funzionali caratterizzate dalla continui-

tà dell'assistenza diurna.

Ma su di un punto sono tutti d'accordo ed quello inerente all'obbligo di invio della ricetta elettronica e ai benefici economici corrisposti.

#### ► Invio ricetta elettronica

Dal primo giorno di pubblicazione dell'Air, infatti, tutti i medici di medicina generale campani sono tenuti ad ottemperare all'obbligo della trasmissione telematica delle ricette. Per tale servizio sarà infatti riconosciuta ai Mmg un'indennità pari a 73,72 euro mensili (art. 7 comma 9). Ai medici che ancora non hanno adeguato i loro sistemi informatici, i sindacati di categoria consigliano di collegarsi temporaneamente al sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze per inviare le ricette.

...Il medico di famiglia, uno di noi

## 14-20 ottobre 2013



# AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

---

---

---



## ■ **ANDROLOGIA**

*La risorsa equivalente contro la disfunzione erettile*

## ■ **EMATOLOGIA**

*Nuovi obiettivi terapeutici per la leucemia mieloide cronica*

## ■ **MALATTIE RESPIRATORIE**

*Asma non controllato: implicazioni cliniche,  
nuove opzioni terapeutiche*

## ■ **NEFROLOGIA**

*Migliorano le prospettive di cura nelle malattie renali*

## ■ **REUMATOLOGIA**

*Malattie reumatiche, cronicità di difficile diagnosi*

## ■ ANDROLOGIA

### La risorsa equivalente contro la disfunzione erettile

I primi dati epidemiologici, derivanti da studi condotti in USA, documentavano una prevalenza della disfunzione erettile (DE) intorno al 10% nella popolazione generale. "In realtà, uno studio italiano pubblicato pochi anni più tardi, grazie alla collaborazione tra Società Italiana di Medicina Generale e Società Italiana di Andrologia - ha sottolineato il dott. **Aurelio Sessa**, Mmg di Varese e Presidente Regionale della SIMG Lombardia - ha evidenziato il fatto che fino a quel momento la DE era un problema sottostimato. I dati italiani definivano un'incidenza più elevata, pari al 12.8% della popolazione (appartenenti ad un'ampia fascia di età, compresa tra i 18 e i 100 anni), suggerendo come il problema fosse sottodimensionato".

Ma la DE esce dal contesto di patologia che riguarda esclusivamente la sfera sessuale e la qualità di vita della coppia. Nel corso degli anni ha progressivamente assunto un ruolo importante come marker di patologie cardiovascolari.

Nei Paesi occidentali industrializzati una quota molto elevata dei soggetti sofferenti di DE presenta infatti anche un elevato rischio cardiovascolare, rafforzando la forte associazione tra la DE e fattori di rischio quali

l'ipertensione arteriosa e/o il diabete. L'esistenza di questo legame dovrebbe pertanto suggerire, nel momento in cui il medico si confronta con un suo paziente che denuncia disfunzione erettile, di effettuare la ricerca di una eventuale patologia cardiovascolare ancora non conclamata.

De segnalare anche che la DE può avere un'origine "iatrogena", in quanto potrebbe essere la conseguenza di alcune terapie, in particolare di alcuni antipertensivi (betabloccanti di prima generazione) o di molecole utilizzate per il controllo di quadri sintomatologici di ansia e/o depressione.

#### ► **Espressione di patologia organica o psichica**

Al di là di questi moventi eziopatogenetici, la DE spesso è l'espressione di una patologia organica (vascolare, ormonale, neurologica, psichiatrica), psichica (ansia, depressione) oppure di un problema di relazione di coppia. "Se si suddivide la popolazione generale in due grandi fasce di età - ha proseguito Sessa - si può dire che si osserva una predominanza di cause psicologiche nella popolazione giovanile (20-45 anni) che vengono invece più frequentemente soppiantate da cause organiche nella fascia di età

superiore a 45 anni".

La risposta terapeutica alla disfunzione erettile si basa su una classe di farmaci di grande efficacia, gli inibitori della 5-fosfodiesterasi. Disponibili sul mercato da tempo, sono sildenafil, il capostipite della classe, affiancato da altri due principi attivi, tadalafil e vardenafil. Tutti e tre i farmaci condividono il medesimo meccanismo d'azione, consentendo e mantenendo la funzione erettile, purché siano presenti alcuni indispensabili presupposti (buon funzionamento del sistema dei corpi cavernosi, buona attività del sistema nervoso periferico e buon supporto dal punto di vista del tono ormonale). La molecola capostipite, sildenafil, è da giugno di quest'anno disponibile anche come formulazione equivalente, e questo potenzialmente si traduce in un ampliamento dei benefici che possono derivare da questa terapia. Mantiene, infatti, inalterate le caratteristiche di efficacia e di sicurezza che sono appannaggio del farmaco originatore ma è caratterizzato da un minore costo-terapia. Innegabile vantaggio per i molti pazienti che ora avranno un più agevole accesso alla terapia che, va ricordato, non viene dispensata dal Ssn ma è in toto a carico del paziente.

[www.qr-link.it/video/0913](http://www.qr-link.it/video/0913)



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento



### ■ EMATOLOGIA

## Nuovi obiettivi terapeutici per la leucemia mieloide cronica

■ **Patrizia Lattuada**

**L**a gestione terapeutica della leucemia mieloide cronica (LMC) è oggi in una fase molto particolare. L'introduzione degli inibitori della tirosin-chinasi ha consentito di cambiare radicalmente il destino dei pazienti con LMC, ottenendo nella maggior parte dei casi il controllo della malattia con una sopravvivenza simile a persone di pari età non affette da leucemia. Per il Prof. **Giuseppe Saglio**, Ordinario di Medicina Interna ed Ematologia

dell'Università di Torino - Ospedale Universitario S. Luigi Gonzaga di Orbassano - questi risultati, seppur importanti, possono essere considerati ancora parziali: all'orizzonte vi è la possibilità di potere raggiungere una guarigione definitiva dalla malattia. La recente osservazione, seppur limitata a pochi pazienti, che può essere possibile sospendere la terapia con gli inibitori della tirosin-chinasi dopo aver raggiunto la remissione molecolare completa si è dimostrata così signifi-

cativa da essere "proof of concept" e ha permesso alla comunità scientifica di intraprendere ...studi che si propongono appunto di ottenere la remissione molecolare completa in vista di una successiva "discontinua-zione" terapeutica. Oggi questo è possibile in una notevole percentuale di pazienti anche con gli inibitori dell'attività di tirosin-chinasi di seconda generazione, come nilotinib, farmaci più potenti e specifici dei proge-nitori e quindi in grado di dare una remissione molecolare maggiore. Valutare la possibilità di sospensione della terapia con nilotinib e quindi il raggiungimento della guarigione è l'obiettivo di ENESTFreedom (Nilotinib Treatment-free Remission Study in CML - Chronic Myeloid Leukemia) uno studio clinico internazionale multicentrico. Grazie alle competenze scientifiche e agli alti livelli raggiunti dalla nostra ematologia, l'Italia sarà uno dei punti di riferimento per il trial, con otto strutture di ricerca che contribuiranno a raggiungere la popolazione necessaria per ottenere risposte significative sulla reale possibilità di giungere a un obiettivo così importante. La conclusione della sperimentazione è prevista entro il 2018.

### **Biologia molecolare in rete**

Gli sviluppi nella terapia della LMC hanno reso necessario un più attento monitoraggio dell'evoluzione del quadro e delle risposte del paziente alle cure. Oggi questi controlli sono possibili nei centri maggiormente attrezzati sfruttando indagini estremamente sensibili, che consentono di utilizzare al meglio i farmaci stessi e soprattutto valutare il loro effetto sulla malattia. LABNET è un progetto originale nato in Italia nel 2007, sotto l'egida della SIE (Società Italiana di Ematologia) e gestito dal GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche nell'Adulto), che ha ricevuto un supporto incondizionato da Novartis. Con LABNET si mettono in rete una serie di strutture specializzate in biologia molecolare che effettuano un monitoraggio della risposta molecolare di elevato livello e privo di carico economico per pazienti e ospedali: il tutto attraverso metodiche sofisticate standardizzate e di elevata qualità. Attualmente LABNET coinvolge 43 laboratori dislocati su tutto il territorio nazionale e rappresenta un modello di successo non solo in Italia, ma anche nel mondo, per la qualità delle prestazioni che i diversi centri possono offrire.

[www.qr-link.it/video/0913](http://www.qr-link.it/video/0913)



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

## ■ MALATTIE RESPIRATORIE

### Asma non controllato: implicazioni cliniche, nuove opzioni terapeutiche

**N**onostante una diffusione relativamente contenuta della malattia in Italia (rispetto ad altre nazioni) i costi ad essa legati sono in linea con quelli registrati in altri Paesi industrializzati. Le elevate voci di spesa sono principalmente imputabili al mancato controllo della malattia e ad un uso improprio delle risorse diagnostiche.

#### ► Cure spesso discontinue

All'origine del mancato controllo dell'asma, vi è spesso una scarsa aderenza alle cure da parte dei pazienti, che sottovalutano le loro condizioni cliniche, non assumono con regolarità la terapia di base, essenziale per prevenire gli attacchi, e tendono ad un uso spropositato di *rescue medication* al bisogno, quando inevitabilmente sopraggiunge la crisi. La conferma arriva da una recente indagine online, condotta da Incite per conto di Mundipharma International, su 1.014 asmatici italiani, di età compresa tra i 18 e i 50 anni. L'87% rifiuta l'etichetta di "malato", 4 su 5 si ritengono in buona salute, al pari o meglio dei coetanei; oltre la metà, però, ammette di sentirsi senza fiato, dopo un minimo esercizio fisico. Il 94% del campione reputa la propria asma sotto controllo e l'88% non la giudica un problema serio. In realtà, il

44% accusa sintomi almeno 3-5 giorni a settimana e, secondo la classificazione stabilita dalle Linee Guida GINA, soltanto il 17% risulta effettivamente controllato. Gli intervistati utilizzano soprattutto inalatori al bisogno; tra coloro che seguono una terapia di mantenimento, 3 su 5 ammettono di non assumerla tutti i giorni, perché, in assenza di sintomi, credono erroneamente di non averne bisogno (53%). Succede così che la malattia si aggravi, con ricadute sulla qualità di vita e sui costi socio-sanitari: nell'ultimo anno, 3 pazienti su 10 si sono dovuti recare in Pronto Soccorso e il 16% è stato ricoverato.

"Il controllo della malattia - ha spiegato **Stefano Centanni**, Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio all'Università degli Studi di Milano, Direttore UOC Pneumologia, Ospedale San Paolo (MI) e Past President SIMeR - è un obiettivo ancora lontano dall'essere raggiunto e questo perché l'asma è certamente sottodiagnosticata. Solo una minoranza di pazienti è valutata dallo specialista e soltanto una ristretta minoranza è sottoposta a indagini diagnostiche di primo livello, come la spirometria. Tuttavia, gli aspetti di maggior criticità relativamente al mancato controllo dell'asma sembrano oggi derivare dalla difficoltà di verifica del controllo medesimo e dalla necessità di

migliorare il rapporto medico-paziente, nella gestione comune della malattia". Tra le diverse figure sanitarie cui si rivolge il malato, la *survey* evidenzia che il medico di famiglia è il primo riferimento per il 60% del campione, seguito dallo specialista in malattie respiratorie (35%). "La medicina generale - ha commentato **Bruno Franco Novelletto**, Area Pneumologica SIMG e Vice Presidente SIMG Veneto - rappresenta il *setting* ideale per affrontare e dare le prime risposte in campo preventivo, per sospettare la diagnosi, suggerire l'invio allo specialista, impostare e gestire la terapia (*adherence* ed *empowerment* del paziente), monitorare l'asma, utilizzare in modo professionale la cartella clinica informatizzata per poter stratificare il rischio complessivo e le comorbidità nel singolo paziente".

#### ► Le Linee Guida GINA

La decisione di iniziare un trattamento regolare dipende dalla severità dell'asma al momento della prima osservazione e dalla frequenza e gravità delle riacutizzazioni. Le Linee Guida GINA promuovono un trattamento con un approccio progressivo per gradi, sulla base di 5 step, secondo il grado di controllo della malattia. Viene considerata controllata un'asma in cui il paziente non presenti sintomi giornalieri (meno di 2 volte alla settimana), non abbia risvegli notturni, non subisca una limitazione delle proprie attività, non necessiti di farmaci al bisogno (meno di 2 volte alla settimana), abbia valori normali di funzione polmonare e non presenti riacutizzazioni. In tutti i 5 step, è prevista la possibilità di usare broncodilatatori al bi-



## AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

sogno per un rapido controllo dei sintomi, in caso di attacco asmatico ( $\beta_2$ -agonisti a breve durata d'azione). Inoltre, a partire dal secondo step, a tutti i pazienti viene prescritto l'impiego regolare dei farmaci di fondo (terapia di mantenimento) per la prevenzione degli attacchi mediante il controllo della flogosi.

### ► Nuova terapia di mantenimento

L'ampio armamentario terapeutico contro l'asma si è recentemente arricchito di una nuova associazione preconstituita di fluticasone con formoterolo, uniti in un unico aerosol (*Curr Med Res Opin* 2013; 29: 579-88). Entrambi i principi attivi sono ben consolidati e da tempo disponibili sia come monoterapie, sia come componenti di altre combinazioni fisse; la loro sicurezza ed efficacia sono inoltre ampiamente documentate in letteratura (*J Allergy Clin Immunol*, 2010; 125: 390-96). Fluticasone propionato è un corticosteroide inalatorio (ICS) ad elevata e prolungata attività antinfiammatoria, con una dimostrata capacità di ridurre i sintomi dell'asma e le esacerbazioni della malattia, unita a un basso rischio di effetti sistemici.

Formoterolo fumarato è un  $\beta_2$ -agonista selettivo a lunga durata d'azione (LABA), la cui attività si esplica a livello dei recettori  $\beta_2$  presenti sulla muscolatura liscia dei polmoni, rilassando le vie respiratorie. La sua azione broncodilatatrice (1-3 minuti) è più rapida del salmeterolo e simile al salbutamolo (*Resp Med*, 2011; 105: 674-82).

La novità riguarda anche il *device*: si tratta, infatti, del primo spray dotato di un conta-dosi abbinato a un codice colore (verde, giallo e rosso), che cambia a se-

conda del numero di erogazioni rimanenti nel dispositivo, risultando così di facile lettura anche per i pazienti anziani. Disponibile in 3 dosaggi, l'associazione fluticasone/formoterolo offre un ampio range terapeutico e consente al clinico una maggiore flessibilità, agevolando l'incremento (*step up*) o la riduzione (*step down*) del farmaco, in fase di rivalutazione del paziente. Inoltre, il farmaco emette un'elevata percentuale (40%) di *fine particle fraction*, ossia di particelle fini con un diametro  $< \sim 5 \mu\text{m}$ , che sono quelle associate al più alto potenziale di raggiungimento polmonare (deposizione nelle vie aeree, dai bronchi agli alveoli).

### ► Come scegliere il farmaco?

Le Linee Guida GINA indicano le associazioni ICS/LABA come trattamenti raccomandati, ma quali requisiti dovrebbe avere il farmaco ideale, secondo i clinici? Un gruppo internazionale di esperti, utilizzando la metodologia "Delphi", ha identificato i fattori che guidano la scelta della migliore associazione di ICS/LABA per il trattamento dell'asma. È stato raggiunto un consenso sui 5 fattori più importanti: potenza dell'ICS, rapidità di insorgenza d'azione del broncodilatatore, efficacia clinica, sicurezza e tollerabilità a lungo termine, ampia disponibilità di dosaggi (*Int Arch Allergy Immunol* 2012; 157: 303-10).

I risultati della successiva ricerca attitudinale a cui hanno preso parte 1.007 medici hanno supportato il consenso raggiunto dagli esperti all'indagine "Delphi", confermando i 5 fattori sopra elencati come i principali che guidano la scelta del trattamento nella pratica clinica quotidiana.

Le caratteristiche della nuova associazione di fatto rispondono in maniera precisa ai requisiti considerati importanti, contribuendo a migliorare la gestione dell'asma e l'aderenza alle cure: fluticasone è un potente corticosteroide inalatorio, formoterolo è il LABA a più rapida insorgenza d'azione, l'associazione ha un'efficacia paragonabile a fluticasone/salmeterolo, ma con un'insorgenza d'azione più rapida, entrambi i principi attivi hanno un ottimale profilo di sicurezza e tollerabilità e, infine, vi è la disponibilità dei 3 dosaggi.

"La rapida insorgenza d'azione del farmaco e della risoluzione della sintomatologia sono tra le principali richieste dei pazienti", ha precisato **Alberto Papi**, Ordinario Malattie Apparato Respiratorio, Direttore Clinica Pneumologica, Università degli Studi di Ferrara. "Diversi studi condotti su soggetti asmatici hanno dimostrato che percepire immediatamente l'efficacia della terapia può incoraggiarne l'assunzione regolare. In prospettiva, la presenza del formoterolo come broncodilatatore a rapida insorgenza d'azione rende questa combinazione disponibile per uno sviluppo con strategie che prevedano l'uso della stessa associazione come farmaco di mantenimento e anche al bisogno (in caso di sintomi), con lo stesso inalatore".

[www.qr-link.it/video/0913](http://www.qr-link.it/video/0913)



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

## ■ NEFROLOGIA

### Migliorano le prospettive di cura nelle malattie renali

■ Elisabetta Torretta

**E**stremamente diffusa e potenzialmente progressiva: queste sono le due principali caratteristiche delle malattie renali. "Si tratta di patologie - ha commentato il professor **Piergiorgio Messa** Direttore Nefrologia e Dialisi, IRCCS Fondazione Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - che nel loro insieme occupano un ruolo di rilievo sempre più in incremento, sia da un punto di vista clinico-epidemiologico sia per quanto riguarda l'impatto organizzativo ed economico".

Le stime più aggiornate quantificano in circa il 10% la popolazione affetta da patologie renali di diversa gravità. Infatti, il progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente all'esplosione delle malattie metaboliche, tra cui il diabete, fa sì che da qui al 2020 raddoppierà il numero complessivo di persone con problematiche renali più accentuate. Dagli attuali 1.2 milioni ai possibili 2.5 milioni.

Quando la malattia progredisce verso una fase avanzata e terminale l'unica possibilità di sopravvivenza per questi pazienti è rappresentata dalla terapia sostitutiva, sia dialitica

sia trapiantologica. Quest'ultima soffre purtroppo di due importanti limiti. Il primo, per quanto riguarda il trapianto da vivente, è una scarsa cultura delle sua potenzialità - che in molti casi può evitare la dialisi - e che quindi nel nostro Paese è una via poco "frequentata". La seconda, relativa al trapianto da cadavere, è penalizzata da una riduzione sempre più sensibile della disponibilità di organi in grado di soddisfare la platea di potenziali fruitori di tale terapia.

Al di là delle difficoltà va aggiunto anche che, poiché non tutti i pazienti potrebbero essere trattati con trapianto, la dialisi continua rappresenta la prima terapia sostitutiva. Il dottor **Aurelio Limido**, Divisione di Nefrologia e Dialisi, Ospedale Fatebenefratelli di Milano e presidente sezione Lombarda della Società Italiana di Nefrologia, ha sottolineato che "il numero di pazienti in trattamento dialitico è in costante crescita, soprattutto a carico delle fasce di età più avanzate e delle patologie a rischio e con maggiori complicanze. La tecnologia ha avuto un ruolo determinante nello sviluppo della terapia, ma la sostenibilità economica rappresenta la nuova sfida nella si-



tuazione economica attuale: migliorare i risultati del trattamento dialitico può ridurre il costo dell'insufficienza renale nel suo complesso".

Una significativa riduzione della mortalità (-30%) per diverse cause in pazienti sottoposti a trattamento emodialitico con la nuova terapia HighVolumeHDF. È questo il dato più rilevante emerso alla conclusione dello studio catalano ESHOL (*J Am Soc Nephrol* 2013; 24: 487-97) che ha arruolato 906 pazienti in emodialisi cronica, randomizzati al trattamento con HDF On-Line o al trattamento con emodialisi standard, e seguiti per un periodo di tre anni.

L'obiettivo principale era valutare la mortalità per ogni causa. Il risultato ha mostrato una riduzione del 30% della mortalità per ogni causa nel gruppo di pazienti trattato con HDF On-Line. Nel gruppo di pazienti trattato con HDF On-Line si è inoltre assistito ad una riduzione del 33% del rischio di mortalità cardiovascolare, che è la principale causa di morte in dialisi, del 55% del rischio di morte dovuta ad infezione, la seconda causa di morte in dialisi, del 22% del rischio di ospedalizzazione, del 28% di episodi ipotensivi intradialitici.

[www.qr-link.it/video/0913](http://www.qr-link.it/video/0913)



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

## ■ REUMATOLOGIA

### Malattie reumatiche, cronicità di difficile diagnosi

■ **Angela Walmar**

**N**ell'ambito delle malattie reumatiche le spondiloartriti sieronegative (SpA) rappresentano forme infiammatorie articolari spesso di difficile inquadramento. Il notevole ritardo che spesso caratterizza il percorso diagnostico (si può arrivare a oltre 10 anni) fa sì che queste patologie abbiano esiti talora irreversibili.

“Con l'intento di semplificare i criteri diagnostici - ha commentato la professoressa **Roberta Ramonda**, Cattedra e UOC di Reumatologia, Dipartimento di Medicina DIMED, Azienda-Università di Padova - la *Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS)* ha recentemente messo a punto una nuova classificazione in base

al tipo prevalente di impegno: SpA ad interessamento prevalentemente assiale e SpA ad interessamento prevalentemente periferico. Le prime, a carico della colonna vertebrale e/o delle articolazioni sacroiliache, sono la spondilite anchilosante e le SpA assiali non radiografiche. Differiscono perché nella spondilite anchilosante è presente un danno anatomico dell'osso evidenziabile con la radiografia convenzionale, che invece è assente nell'altra forma, dove la diagnosi richiede la risonanza magnetica nucleare (RMN), in grado di evidenziare precoci lesioni a carico prevalentemente delle articolazioni sacroiliache”. Il dolore, il disagio fisico e la riduzione del movimento espressi dalle autovalutazioni dei pazienti non evidenziano differenze significative fra la spondilite anchilosante e la SpA assiale senza evidenza radiografica.

#### ► Il progetto Atlantis

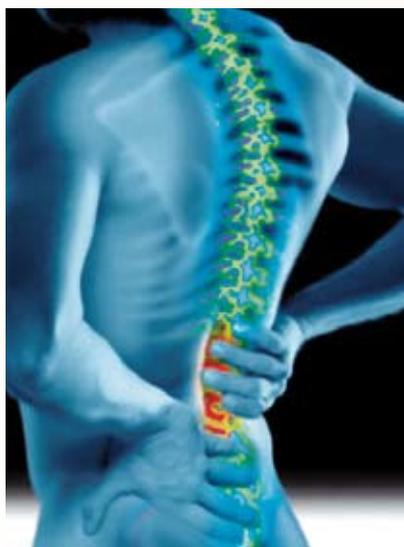
Per comprendere il vissuto delle persone affette da queste patologie ANMAR ha realizzato il progetto Atlantis, una ricerca su “L'im-

patto delle spondiloartriti sulla qualità di vita: il vissuto dei pazienti”. Condotta su un campione di 770 persone colpite da queste patologie ha indagato la vita quotidiana, di relazione, l'impatto sul lavoro e sulla carriera. I punti salienti di questa fotografia sono stati il ruolo cardine del centro di reumatologia, ospedaliero o universitario, per la diagnosi; un vissuto di profondo malessere, soprattutto tra le donne, più coinvolte emotivamente dalla malattia; una ridotta autonomia e un importante condizionamento della vita familiare e della sfera intima. I pazienti hanno sottolineato come la malattia abbia ridimensionato prospettive lavorative e di carriera, unitamente a una spesa per farmaci, visite e altro non indifferente. È invece positiva la relazione medico-paziente ed è emersa anche una buona conoscenza dei trattamenti (anche se, come in molti altri ambiti di cronicità, la compliance non si attesta su livelli del tutto soddisfacenti: il 23% dei soggetti interrompe il trattamento in modo autonomo, in genere dopo un primo miglioramento delle manifestazioni cutanee).

[www.qr-link.it/video/0913](http://www.qr-link.it/video/0913)



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento



# Iperensione arteriosa mal controllata in un soggetto diabetico di tipo 2

*Uomo, di 52 anni, impiegato presso una banca, viene inviato dal medico di famiglia a un centro di riferimento per iperglicemia riscontrata occasionalmente agli esami emato-chimici di controllo*

## Giuseppe Derosa

*Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Clinica Medica II, Università di Pavia, Ambulatori di Diabetologia e Malattie Metaboliche, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia e Centro di Studio e Ricerche di Fisiopatologia e Clinica Endocrino-Metabolica, Università di Pavia*

### ► Anamnesi

• **Familiare e fisiologica:** il paziente ha una madre di 85 anni, diabetica, ipertesa, dislipidemica e con pregresso infarto del miocardio all'età di 75 anni, e un padre, deceduto all'età di 76 anni per tumore al polmone. Il paziente, ha, inoltre, un fratello di 45 anni in apparente stato di buona salute. Il paziente è un fumatore abituale da circa 12 anni (10 sigarette al giorno), segue una dieta che definiremmo ipercalorica, ha una vita sedentaria e assume alcolici saltuariamente. Il paziente riferisce un alvo regolare e una minzione e diuresi nella norma. Il paziente presenta un'obesità di I grado (peso 90 kg, altezza 1.65 m, BMI 33.08 kg/m<sup>2</sup>) e un'obesità viscerale (circonferenza addominale 108 cm).

• **Remota:** Il paziente riferisce intervento di adenoidectomia all'età di tre anni, di appendicectomia all'età di 10 anni e di colecistectomia all'età di 45 anni per litiasi. Il paziente assume doxazosina 4 mg, 1 cp ore 8, su consiglio del Medico Curante per elevati valori pressori. Doxazosina è stata iniziata 6 mesi prima al dosaggio di 2 mg e successivamente titolata al dosaggio di 4 mg, 1 cp ore 8, per scarso controllo dei valori pressori.

### ► Esame obiettivo

L'esame obiettivo risulta nella norma ad eccezione di una modesta epatomegalia con margine

epatopalpabile a 2 cm dall'arcata costale. La pressione arteriosa in ortostatismo è di 156/88 mmHg, con una frequenza cardiaca di 86 bpm; la pressione arteriosa in clinostatismo, invece, è di 150/86 mmHg, con una frequenza cardiaca di 88 bpm.

### ► Esami di laboratorio alla prima visita

• **Parametri metabolici:** glicemia 135 mg/dL, colesterolo totale 210 mg/dL, C-HDL 40 mg/dL e trigliceridi 187 mg/dL, C-LDL 133 mg/dL.

• **Funzionalità renale ed epatica:** creatinina, GOT, GPT nella norma, potassio 4.2 mEq/l.

### ► Accertamenti richiesti

Si richiede una seconda glicemia a digiuno per porre eventuale diagnosi di diabete mellito di tipo 2; si richiedono, inoltre, monitoraggio ambulatoriale in continuo della pressione arteriosa per valutare il controllo pressorio ed esami strumentali di inquadramento in paziente con sindrome metabolica e ad elevato rischio cardiovascolare.

### ► Esami di laboratorio alla seconda visita

• **Parametri metabolici:** glicemia 130 mg/dL, emoglobina glicata 6.8%.

### ► Esami strumentali

- **ECG:** ritmo sinusale con blocco di branca destro.
- **Ecocardiogramma:** iniziale ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro con FE conservata (55%). Cinesii e apparati valvolari nella norma.
- **Monitoraggio pressorio delle 24 ore:** valori pressori costantemente al di sopra dei valori consigliati durante le ore diurne. Valori pressori medi delle 24 ore pari a 140/80 mmHg, con valori di 156/86 mmHg nelle ore di veglia 126/76 mmHg nelle ore notturne. Conservato il fisiologico calo notturno della pressione arteriosa (*figura 1*).
- **Ecografia addome:** lieve epatomegalia con steatosi epatica di grado moderato, esiti di colecistectomia. Restanti reperti nella norma.

- **Eco-doppler TSA:** stenosi carotidea 10% sinistra e 15% destra, non emodinamicamente significativa.
- **Fundus oculi:** retinopatia ipertensiva di I grado.

### ► Diagnosi ambulatoriale e terapia

Sulla base degli esami ematochimici si pone diagnosi di diabete mellito di tipo 2 in buon compenso. Si emette esenzione regionale per patologia, si forniscono dieta e consigli nutrizionali, si consegna reflettometro e si educa il paziente al corretto monitoraggio glicemico. Il monitoraggio pressorio delle 24 ore, invece, evidenzia uno scarso controllo pressorio con iniziale danno d'organo a livello oculare, si sospende doxazosina e si inizia enalapril 20 mg, 1 cp alle ore 8. Sulla base del profilo lipidico, si inizia simvastatina 20 mg, 1 cp alle

ore 20. Inoltre, visti i numerosi fattori di rischio, si inizia terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico 100 mg, 1 cp dopo pranzo, a stomaco pieno.

### ► Follow-up a 1 mese

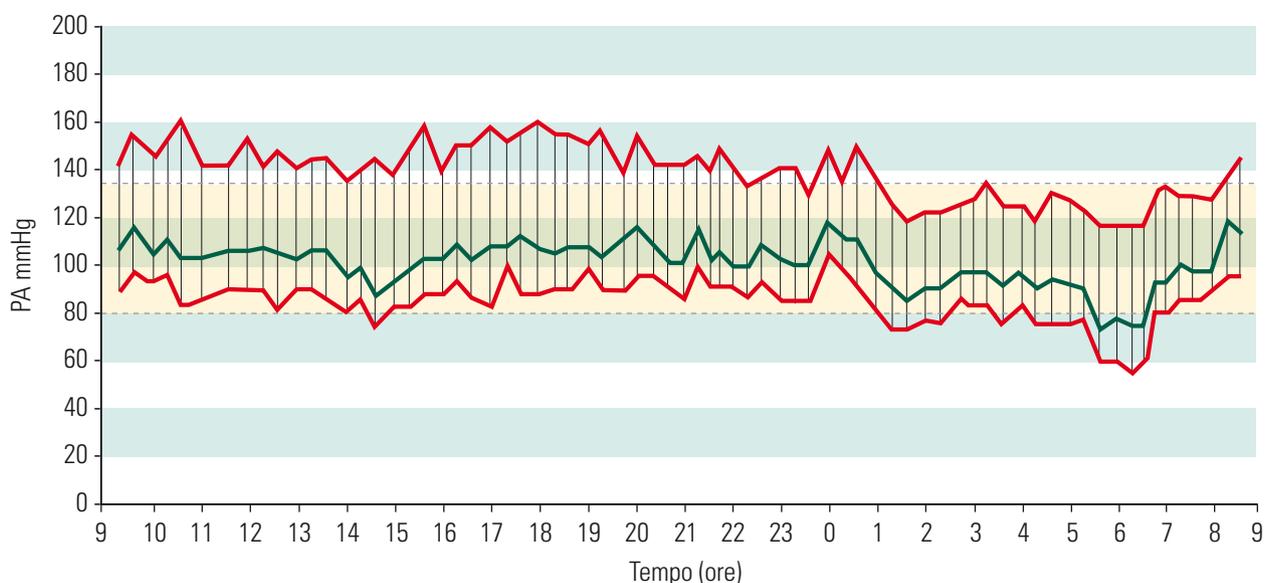
Dopo un mese il paziente torna al nostro ambulatorio con il seguente profilo glicemico:

- **glicemia a digiuno:** 105 mg/dL;
- **glicemia prima di pranzo:** 120 mg/dL;
- **glicemia due ore dopo pranzo:** 145 mg/dL;
- **glicemia prima di cena:** 132 mg/dL;
- **glicemia due ore dopo cena:** 146 mg/dL.

Il diario pressorio risulta ancora non ben controllato, con valori pressori medi diurni di circa 144/82 mmHg.

Figura 1

#### Monitoraggio pressorio delle 24 ore: i valori pressori diurni sono costantemente al di sopra dei valori consigliati



► **Terapia**

Per quanto riguarda il diabete si conferma la sola terapia dietetica; per quanto riguarda il controllo pressorio, invece, non essendo ancora adeguato, si introduce in terapia un secondo agente antipertensivo, in particolare un calcioantagonista. Per non aumentare il numero di compresse assunte dal paziente, si ricorre all'associazione preconstituita enalapril/lercanidipina 20/10 mg, 1 cp ore 8.

► **Follow-up a 3 mesi**

All'esame obiettivo il paziente ha ancora un'obesità di I grado, ma presenta un calo ponderale di circa 5 kg (peso 85 kg, altezza 1.65 m, BMI 31.25 kg/m<sup>2</sup>) e una circonferenza addominale di 104 cm. La pressione arteriosa è pari a 130/78 mmHg in clinostatismo, con una

frequenza cardiaca di 82 bpm e 126/76 mmHg in ortostatismo, con una frequenza cardiaca di 80 bpm. Non riferiti effetti collaterali.

► **Esami di laboratorio e strumentali**

- **Parametri metabolici:** glicemia 120 mg/dL, emoglobina glicata 6.2%, colesterolo totale 176 mg/dL, C-HDL 42 mg/dL e trigliceridi 180 mg/dL, C-LDL 98 mg/dL.
- **Funzionalità renale ed epatica:** creatinina, GOT, GPT nella norma, potassio 4.4 mEq/l.
- **Emocromo:** nella norma.
- **Monitoraggio pressorio delle 24 ore:** valori pressori medi delle 24 ore di 122/74 mmHg, con valori di 128/78 mmHg nelle ore di veglia e 106/62 mmHg nelle ore notturne. Conservato il fisiologico calo notturno della pressione arteriosa. Conclusioni: valori pressori ben controllati dall'attuale terapia (*figura 2*).

► **Commento**

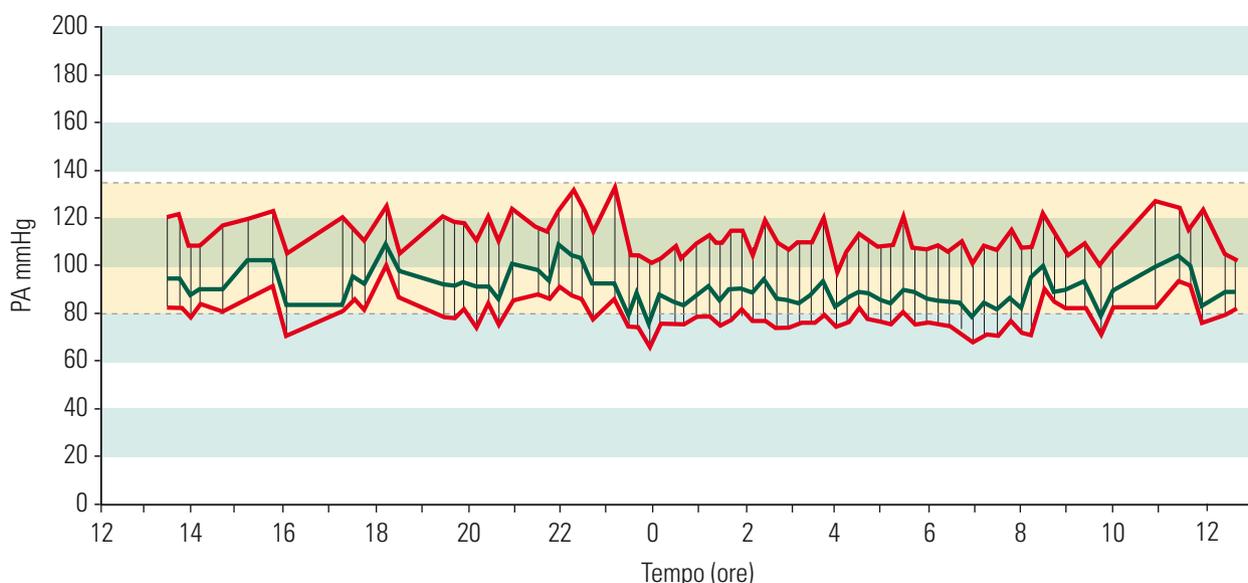
Dopo l'impostazione di un adeguato regime dietetico ed aver educato il paziente ad una regolare attività fisica, si è riusciti a mantenere un adeguato compenso glico-metabolico e ad ottenere un discreto calo ponderale. L'aggiunta della simvastatina ha portato al raggiungimento di un profilo lipidico adeguato. L'introduzione di enalapril prima e lercanidipina poi, in associazione preconstituita, ha consentito di ottenere un adeguato controllo pressorio e di poter utilizzare una terapia di associazione senza dover aumentare il numero di compresse assunte dal paziente, facilitandone l'aderenza alla terapia.

► **Discussione**

- **Approccio multi-fattoriale** - Nel trattamento del paziente diabetico bisogna tenere conto della preven-

**Figura 2**

**Monitoraggio pressorio delle 24 ore: con l'associazione enalapril/lercanidipina i valori pressori sono ben controllati**



zione delle complicanze macrovascolari, nella cui genesi intervengono, insieme all'iperglicemia, altri fattori di rischio, quali la dislipidemia, l'ipertensione arteriosa e l'obesità. La correttezza di questo approccio ha ottenuto una conferma dai risultati dello studio Steno-2, che ha affrontato il problema della prevenzione cardiovascolare nel diabete tipo 2 con un approccio multifattoriale<sup>(1)</sup>. Lo studio ha dimostrato che in pazienti con microalbuminuria e durata media di malattia diabetica di 6 anni, un approccio terapeutico integrato per 8 anni, mirato al controllo dell'iperglicemia, della dislipidemia e dell'ipertensione, ha consentito una marcata riduzione del rischio relativo di malattia cardiovascolare, pari al 53% (riduzione del rischio assoluto del 20%), nonché la riduzione del 58% del rischio relativo di retinopatia, del 61% del rischio relativo di nefropatia e del 63% di quello di neuropatia autonoma. La riduzione degli eventi cardiovascolari è risultata più elevata rispetto a quella ottenuta in studi clinici finalizzati al controllo di un singolo fattore di rischio cardiovascolare.

• **Trattamento dell'ipertensione** - L'ipertensione è uno dei più diffusi e importanti fattori di rischio cardiovascolari e spesso porta allo sviluppo di disordini cerebrovascolari, cardiaci e renali. In accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), livelli pressori non ottimali sono responsabili del 62% degli eventi cardiovascolari e del 49% degli eventi ischemici cardiaci<sup>(2)</sup>. La maggior parte dei pazienti ipertesi necessita di almeno due agenti antipertensivi, con differenti meccanismi d'azione, per poter raggiungere gli adeguati valori pressori<sup>(3-5)</sup>. La terapia di combinazione può, infatti bloccare i meccanismi contro-regolatori scatenati

dall'azione su un determinato circuito e potenziare l'attività antipertensiva di ognuno dei farmaci in gioco.

• **Enalapril** - Le linee guida dell'ipertensione e gli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito<sup>(6)</sup> stabiliscono che nel paziente diabetico, il trattamento antipertensivo di prima scelta sia rappresentato dagli ACE-inibitori o dai sartani. Gli inibitori dell'enzima convertente l'angiotensina (ACE-I) hanno mostrato di essere efficaci nel trattamento di varie forme di ipertensione, scompenso cardiaco e nefropatia<sup>(7)</sup>. In particolare enalapril ha mostrato di essere efficace come agente antipertensivo, con effetti positivi sui fattori di rischio cardiovascolari, nella prevenzione del danno renale e degli altri danni d'organo<sup>(8-11)</sup>. Questo ACE-inibitore, infatti, è in grado di agire positivamente sul rimodellamento delle piccole arterie, un fenomeno che è precoce indicatore di danno d'organo, in quanto aumenta le resistenze periferiche e riduce l'afflusso di sangue in alcuni distretti periferici (cuore, cervello, rene) e contribuisce alle complicanze dell'ipertensione. Il miglioramento di alcuni fattori di rischio dell'aterosclerosi comprende la riduzione dell'indice di attivazione piastrinica e dei livelli plasmatici della molecola di adesione intercellulare-1. Infine, il potenziamento degli effetti della bradichinina potrebbe contribuire alla protezione cardiovascolare associata al trattamento con enalapril<sup>(12)</sup>. Enalapril ha un effetto dose-dipendente, con la sua massima azione dopo 6-8 ore dalla somministrazione e una durata totale dell'effetto di 24-36 ore<sup>(13)</sup>.

• **Lercanidipina** - I calcioantagonisti sono largamente usati nel trattamento dell'ipertensione. La I generazione comprende nifedipina, nicardipina, verapamil e diltiazem;

questi farmaci sono caratterizzati da un rapido aumento della concentrazione plasmatica nel sangue con una conseguente rapida insorgenza dell'effetto vasodilatatore/antipertensivo<sup>(14,15)</sup>. La II generazione di calcioantagonisti comprende felodipina, gallopamil, nimodipina, nisoldipina, nitrendipina, isradipina e composti di I generazione a rilascio modificato e prolungato (nifedipina, felodipina e isradipina). La III generazione di calcioantagonisti, infine, include amlodipina, barnidipina, lacidipina, lercanidipina, manidipina; tali composti agiscono a lento rilascio e questo minimizza le fluttuazioni plasmatiche della loro concentrazione nel sangue, riducendo l'insorgenza di effetti collaterali<sup>(16)</sup>. In particolare la lercanidipina è un agente di terza generazione vaso-selettivo che agisce attraverso il blocco dei canali L del calcio nelle membrane cellulari<sup>(17)</sup>. Lercanidipina ha un'elevata lipofilia, che le consente una più graduale insorgenza dell'effetto antipertensivo e una prolungata durata di azione rispetto agli altri calcio-antagonisti<sup>(18)</sup>. Inoltre, lercanidipina è altamente vaso-selettiva a causa dell'elevata proporzione di canali del calcio di tipo L nelle arterie e ha mostrato un effetto inotropo negativo minore rispetto agli altri bloccanti dei canali del calcio sia in vitro che in vivo<sup>(19)</sup>. In modo indipendente dagli effetti pressori, lercanidipina sembra possedere proprietà antiaterogene: in pazienti ipertesi con diabete di tipo 2 ha, infatti, dimostrato di ridurre l'ossidazione del C-LDL; somministrata a soggetti ipertesi diabetici con microalbuminuria ha prodotto effetti nefroprotettivi. Infine, provvista di effetto neutro o favorevole sulla frazione lipidica e di effetto positivo sul metabolismo glucidico, lercanidipina è un'opzione tera-

peutica particolarmente interessante nei pazienti con diabete e ipertensione<sup>(12)</sup>. Lercanidipina è ben tollerata, con una frequenza di eventi avversi minore rispetto agli altri calcioantagonisti, per la sua attività a maggiore durata d'azione e non causa attivazione simpatica né tachicardia riflessa.

■ **Combinazione enalapril/lercanidipina** - Il razionale di una terapia di combinazione è sfruttare l'effetto sinergico di due diverse categorie di antipertensivi potenziandone l'effetto. Nei pazienti con ipertensione di nuova diagnosi allo stadio 1 e 2 e nei pazienti con inadeguato controllo pressorio dopo una terapia convenzionale di un farmaco in monoterapia a basso dosaggio, la terapia di combinazione con un calcioantagonista e un ACE-inibitore potrebbe essere la soluzione migliore<sup>(20,21)</sup>.

I calcioantagonisti, infatti, sono potenti vasodilatatori che inducono l'attivazione riflessa del sistema simpatico e del sistema renina-angiotensina-aldosterone, per cui l'uso

in combinazione di un ACE-inibitore potrebbe controbilanciare questa eccessiva attivazione compensatoria. Inoltre, poiché il calcioantagonista promuove un bilancio negativo di sodio e un aumento dei livelli di angiotensina II, questo potrebbe rinforzare gli effetti ipotensivi dell'ACE-inibitore<sup>(22)</sup>. Un problema che può derivare dalle terapie di combinazione, è l'aumento del numero di compresse che il paziente deve assumere; questo può rappresentare uno svantaggio in quanto una terapia troppo complicata può portare ad una scarsa aderenza del paziente e, quindi, ad una minore efficacia. Per ovviare a questo problema sono state recentemente commercializzate associazioni precostituite di farmaci antipertensivi, compresa quella di enalapril 20 mg e lercanidipina 10 mg. L'uso della terapia di combinazione precostituita permette di aumentare l'effetto antipertensivo introducendo in terapia un nuovo principio attivo, senza aumentare il numero di pastiglie da

assumere, aumentando il livello di soddisfazione del paziente<sup>(23)</sup>.

### Bibliografia

1. Gaede P, et al. *N Engl J Med* 2003; 348: 383-393.
2. JNC 7 writing committee. *JAMA* 2003; 289: 2560-2572.
3. Motwani JG. *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst* 2002; 3: 72-78.
4. Sica DA. *Drugs* 2002; 62: 44-62.
5. Barrios V, et al. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 479-485.
6. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010.
7. Dykewicz MS. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004; 4: 267-270.
8. Todd PA, et al. *Drugs* 1992; 43: 346-381.
9. Ravid M, et al. *Ann Intern Med* 1998; 128: 982-988.
10. Hosomi N, et al. *Stroke* 2001; 32: 1539-1545.
11. Rosei EA, et al. *J Hypertens* 2005; 23: 435-444.
12. Hair PI, et al. *Drugs* 2007; 67(1): 95-106.
13. Todd PA, et al. *Drugs* 1986; 31: 198-248.
14. Lindqvist M, et al. *Hypertension* 1994; 24: 287-296.
15. Van der Lee R, et al. *Fundam Clin Pharmacol* 1998; 12: 607-612.
16. Grossman E, et al. *Am J Cardiol* 1997; 80: 1453-1458.
17. Epstein M. *Heart Dis* 2001; 3: 398-407.
18. Meredith PA. *Exp Opin Invest Drugs* 1999; 8: 1043-1062.
19. McClellan KJ, et al. *Drugs* 2000; 60: 1123-1140.
20. McInnes GT. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 914-916.
21. Andreadis EA, et al. *J Hum Hypertens* 2005; 19: 491-496.
22. Gojanovic B, et al. *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst* 2008; 9: 1-9.
23. Bangalore S, et al. *Am J Med* 2007; 120: 713-719.



# Linee guida EAACI: un approccio multidisciplinare alle allergie alimentari

*Un panel di esperti dell'European Academy of Allergy and Clinical Immunology ha stilato il primo documento che affronta in maniera strutturata e organizzata la gestione del paziente con allergie alimentari. Il documento è stato presentato durante il World Allergy Asthma Congress svoltosi a giugno a Milano*

**Antonella Muraro**  
 Segretario Generale EAACI  
 (European Academy of Allergy  
 and Clinical Immunology)  
 Direttore Centro di Riferimento  
 per le Allergie Alimentari  
 Università di Padova

**L**e allergie alimentari hanno ormai raggiunto la dimensione di una vera emergenza e il loro continuo aumento ha fatto sì che le ammissioni in ospedale per serie reazioni allergiche ai cibi siano aumentate di 7 volte in 10 anni. Fino ad ora questi pazienti non potevano realmente contare su una gestione ottimale in quanto non esisteva un documento chiaro sull'argomento. La lacuna è stata recentemente colmata da un panel di esperti dell'European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) che ha stilato le prime Linee Guida al mondo ad affrontare la gestione delle allergie alimentari in maniera strutturata e organizzata.

## ► A chi si rivolge il documento

“Negli Stati Uniti sono state emanate, nel 2010, delle Linee Guida analoghe ma limitate a indicazioni sulla diagnosi e la terapia delle allergie alimentari - ha commentato la professoressa **Antonella Muraro**, responsabile del Centro di Riferimento Regionale per lo Studio e la Cura delle Allergie e delle Intolleranze alimentari dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova, coordinatrice per la redazione delle Linee Guida e segretario generale EAACI. L'Europa è voluta andare oltre e dare indicazioni utili a tutti coloro che a vario titolo si occupano dell'argomento, dai medici ai pazienti, dai decisori politici all'industria alimentare, per orientare le scelte degli operatori

sanitari, di chi lavora nella ristorazione. Il documento è suddiviso in sezioni dedicate alla diagnosi, al trattamento, all'anafilassi, alla prevenzione, alla qualità di vita, alle indicazioni per la comunità. L'obiettivo è costituire una piattaforma comune e condivisa di dialogo fra quanti devono gestire i pazienti e quanti possono prendere iniziative che incidano sulla loro vita, dai livelli di assistenza da garantire alla rimborsabilità di test diagnostici, terapie e prodotti speciali, dalle regole per l'etichettatura dei cibi agli standard di cura, dalla necessità di lavorare gli alimenti potenzialmente allergenici in aree e linee di produzione fisicamente isolate nelle aziende agli interventi educativi necessari per la gestione delle allergie alimentari”.

## ► Approccio multidisciplinare

Nella gestione dell'allergia alimentare è fondamentale che ci sia una sinergia di azioni tra numerose figure professionali specialistiche: sono infatti necessarie le competenze del gastroenterologo, del dermatologo, del pediatra, dell'immunologo che dialogano tra di loro. Imprescindibile il ruolo del medico di famiglia che può indirizzare verso una competenza specialistica. A questi si affiancano lo psicologo per un aiuto nella gestione della quotidianità di questi pazienti e figure più dedicate ad un supporto educativo al paziente e a tutta la famiglia. Sebbene scarsi, in quanto derivati da





studi non disegnati per questo scopo, i dati epidemiologici indicano che l'incidenza dell'allergia alimentare è in aumento come anche la prevalenza, presumibilmente dovuta ad allergia alimentare secondaria a cross-reattività di allergeni alimentari con allergeni inalatori, e/o a uno standard diagnostico migliorato nel tempo.

La definizione diagnostica dell'allergia alimentare si basa fondamentalmente sulla storia clinica del paziente, in base ai sintomi presenti che possono coinvolgere la cute (orticaria, angioedema, eczema atopico/dermatite), il tratto gastroenterico (vomito, coliche, dolore addominale, diarrea, stipsi) o quello respiratorio (rinorrea, starnuti, tosse, dispnea). La valutazione clinica deve inoltre estendersi a comprendere lo stato nutrizionale e la crescita (soprattutto nei bambini). Questi elementi sono di grande valore e in grado di guidare i successivi test diagnostici (sensibilizzazione delle IgE, IgE specifiche, Prick test cutaneo).

La dieta di eliminazione consiste nell'evitare l'assunzione degli alimenti sospettati di innescare la reazione allergica. In caso di manifestazioni croniche la dieta va mantenuta per un periodo limitato (abituamente da 2 a 4 settimane), seguita dalla progressiva reintroduzione degli alimenti eliminati, sotto supervisione medica (*oral food challenger*). Per evitare reazioni severe i pazienti ricevono l'alimento in dosi titolate con progressivi incrementi a intervalli definiti (per alimenti quali il latte vaccino, uovo, arachidi, noci le dosi sono comprese fra 3 mg e 3 g di proteine).

La gestione clinica delle allergie alimentari deve prevedere un approccio a più livelli e di tipo multidisciplinare con interventi a breve termine per il controllo delle crisi

acute e con strategie più a lungo termine che minimizzano il rischio di ulteriori episodi. Nel primo caso gli antistaminici sono forniti di solide evidenze nel trattamento di sintomi non pericolosi per la vita. Invece la somministrazione profilattica di antistaminici può mascherare i sintomi precoci dell'anafilassi e determinare un ritardo nel trattamento specifico (adrenalina). Nel secondo caso sono necessarie tutte quelle misure dietetiche (che devono essere periodicamente rivalutate nel tempo), educazionali e comportamentali che consentono di evitare gli allergeni alimentari. Mancano infine evidenze chiare circa l'uso dei probiotici e dei prebiotici, degli antinfiammatori e degli stabilizzatori dei mastociti.

### ► Cosa prevedono gli scenari futuri

I promettenti risultati di alcuni approcci terapeutici fanno sperare che il paziente allergico di domani possa disporre di nuove strategie. Si tratta dell'immunoterapia che può aiutare ad aumentare la soglia di reattività in caso di esposizione accidentale. Le vie di somministrazione possono essere diverse (sottocutanea, sublinguale, orale, epicutanea) e prevedono la somministrazione di proteine modificate dell'alimento (per esempio dal calore) (immunoterapia IgE specifica). Tale pratica deve essere effettuata presso centri specializzati e sotto la supervisione di un allergologo con esperienza specifica nel campo. Più costoso e attualmente in fase di sperimentazione in alcuni trial americani di fase II è l'impiego di farmaci biologici (somministrazione di anticorpi anti-IgE). In entrambi i casi è assolutamente necessario che il paziente sia stato selezionato con cura e solo

in questo caso si potrà valutare se e quale tipo di immunoterapia può essere proposta.

### ► Le incognite da risolvere

Queste Linee Guida rappresentano un punto di svolta nella diagnosi e nel trattamento delle allergie alimentari e dello shock anafilattico: non c'era mai stato un tale consenso fra i ricercatori, gli scienziati, i medici e le associazioni dei pazienti di tutto il mondo. In futuro sarà però necessario che la ricerca trovi delle soluzioni ad una serie di domande. Esistono marker biologici capaci di identificare i pazienti a rischio di gravi reazioni? Qual è il possibile effetto dell'utilizzo di allergeni modificati per migliorare e accelerare la tolleranza? Quali sono le indicazioni per l'utilizzo di latte artificiale con aminoacidi rispetto al latte artificiale idrolizzato? Quali sono i rischi, l'efficacia, e il rapporto costo-efficacia, nonché i benefici e i rischi di lungo termine delle immunoterapie specifiche per allergie primarie e per specifiche allergie alimentari? Inserendo farmaci biologici (ad esempio gli anti-IgE) in una immunoterapia specifica per allergie primarie aumenta l'efficacia del trattamento e/o si riduce il rischio di serie reazioni avverse? Quali effetti ha il momento di inizio dello svezzamento o l'introduzione di specifici antigeni durante o fuori dal periodo di allattamento?

[www.qr-link.it/video/0913](http://www.qr-link.it/video/0913)



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

# Il gioco e l'azzardo: il gambling nel DSM-V

*Convolge milioni di italiani e rappresenta la dipendenza più studiata, che il DSM-V codifica nel gruppo dei disturbi da dipendenza non associati ad uso di sostanze. Il gambling deve essere diagnosticato precocemente e trattato esclusivamente da terapisti esperti, unica via da percorrere per un programma terapeutico, unitamente alla possibilità di un intervento integrato sulla famiglia*

**Ferdinando Pellegrino**

*Psichiatra, Psicoterapeuta, DSM Salerno*

**Francesco Franza**

*Psichiatra, Casa di Cura Villa dei Pini Avellino*



Quasi 4 milioni di italiani "malati" di sesso, gioco e lavoro. E come se non bastasse, uno studente su 3 è dipendente dal telefonino; è quanto emerge dai dati forniti dalla Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive. Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è sicuramente la dipendenza più studiata e che risponde positivamente a specifici trattamenti; nel DSM-V entra a far parte del gruppo dei disturbi da dipendenza non associati ad uso di sostanze. Il tasso di prevalenza per anno è dello 0.2% - 0,3% nella popolazione generale, verso un tasso di prevalenza *lifetime* dello 0.4%-1.0% nella popolazione generale. La caratteristica principale del Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico è un "comportamento di gioco disadattivo persistente e ricorrente che sconvolge l'equilibrio personale, familiare e sociale (educativo/lavorativo)". Il giocatore d'azzardo è totalmente assorbito dal gioco, ha bisogno di giocare con una sempre maggiore quantità di soldi, non riesce a controllarsi, a fermarsi, a ridurre l'attitudine al gioco; "giocando" evita i problemi o cerca un sollievo alla depressione e alle tensioni della vita, mente ai propri familiari o amici, tende a minimizzare la portata delle perdite ed è capace di compiere azioni illegali per finanziare le perdite; è alla continua ricerca di soldi, mette tutto in secondo piano (relazioni, lavoro, affetti...), rinunciando alle proprie responsabilità quotidiane. I criteri diagnostici indicano la persi-

stenza di tale disturbo per almeno 12 mesi con la presenza di diversi sintomi quali la necessità di giocare una quantità crescente di denaro per cercare di raggiungere l'eccitazione desiderata, l'incapacità di interrompere un tale comportamento senza presentare irritabilità o irrequietezza. Tali comportamenti sono spesso costellati da tentativi infruttuosi di interrompere il gioco d'azzardo. La necessità di giocare può aumentare quando si è in presenza di ansia o depressione e nel tentativo di recuperare le perdite al gioco. Il giocatore d'azzardo tenta di escogitare una serie di bugie per nascondere non solo le perdite ma anche i suoi comportamenti patologici. I suoi comportamenti possono mettere a repentaglio le sue principali relazioni affettive e, infine, per far fronte alle proprie finanze disastrose si basa sull'aiuto di altri. Gli individui possono mentire ai familiari, ai terapisti o altre persone per nascondere l'entità del coinvolgimento con il gioco d'azzardo; per coprire i debiti di gioco posso arrivare a mettere in atto comportamenti illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione; la presenza di questi ultimi comportamenti sono caratteristici delle forme più gravi. Nella definizione e nella descrizione del *gambling* il recente DSM-V mette in evidenza la presenza anche di sintomi quali la distorsione del pensiero (per esempio, la negazione, le superstizioni, un senso di potere e di controllo degli eventi). Alcuni individui affetti da disturbo da gioco d'azzardo patologico sono impulsivi, competitivi, energici, irrequieti, possono essere eccessivamente preoccupati dall'approvazione degli altri ed essere estremamente generosi, fino alla stravaganza, quando vincono.

Altri individui sono affetti da depressione e tristezza, e possono giocare perché si sentono dei perdenti, senza speranza o si sentono in colpa. Un altro aspetto da evidenziare negli individui affetti da disturbo da gioco d'azzardo patologico è il rischio suicidario. In circa la metà degli individui che sono in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo patologico è presente ideazione suicidaria.

Il *gambling* è un disturbo psichico a sè stante, invalidante, tendenzialmente cronico che si instaura più facilmente su una personalità disturbata, fragile, impulsiva, con possibilità di presenza di disturbi relazionali o sociali; spesso è associato ad altre patologie psichiche, come l'ansia e la depressione. Le conseguenze del disturbo sono gravi: il funzionamento globale del soggetto può diventare infatti progressivamente disfunzionale, fino ad essere completamente compromesso.

Il *gambling* deve essere diagnosticato precocemente e trattato esclusivamente da terapeuti esperti. Dal punto di vista psicologico è opportuno esaminare alcuni aspetti importanti per la comprensione del *gambling*, come l'alexitimia e la *dipendenza*. Il termine alexitimia descrive un particolare stile cognitivo-emotivo caratterizzato dalla difficoltà di riconoscere e comunicare le emozioni. Sono soggetti che non hanno parole per descrivere i propri sentimenti, che sembrano mancare anche dei sentimenti stessi, privi cioè di una vita emotiva della quale parlare.

Un'altra caratteristica psicologica di frequente riscontro nel *gambling* è la presenza di tratti di dipendenza intesa come scarsa definizione dei confini dell'io con assenza di autonomia funzionale; si tratta infatti di soggetti immaturi e incapaci di assumersi le responsabilità della vita e con bassa tolleranza alle frustrazioni.

### Criteria Diagnostici DSM-V 312.31 (F63.0)

**A. Comportamento da gioco d'azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo, come indicato dalla presenza nell'individuo di 4 (o più) dei seguenti sintomi per un periodo di almeno 12 mesi:**

1. Necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata
2. È irritabile o irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
3. Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
4. È spesso preoccupato per il gioco d'azzardo (per esempio, ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere danaro con cui giocare)
5. Spesso gioca quando si sente in difficoltà (per esempio, assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso)
6. Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (perdite "inseguite")
7. Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo
8. Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo
9. Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo

**B. Il comportamento da gioco d'azzardo patologico non è meglio descritto da un episodio maniacale**

*Specificare se:*

- **Episodico:** soddisfa i criteri diagnostici almeno una volta nel tempo, con sintomi di cedimento tra i periodi di disturbo da gioco per diversi mesi
- **Persistente:** presenza di sintomi continui, che soddisfano i criteri diagnostici per molti anni

*Specificare se:*

- **In remissione precoce:** dopo che tutti i criteri diagnostici sono stati precedentemente soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi
- **In remissione continua:** dopo che tutti i criteri diagnostici sono stati precedentemente soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto durante un periodo di 12 mesi o più

*Specificare la gravità attuale:*

Media	Moderata	Grave
soddisfatti 4-5 criteri	soddisfatti 6-7 criteri	soddisfatti 8-9 criteri

AA.VV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric Publishing; 5th edition (31 May 2013)

Dal punto di vista terapeutico l'invio di questi pazienti ad operatori specializzati rappresenta l'unica strada da percorrere per un qualsiasi tipo di programma terapeutico, unitamente alla possibilità di un intervento integrato sulla famiglia. Non esistono allo stato attuale tratta-

menti standard per il gioco d'azzardo patologico; gli studi sulla psicoterapia cognitivo-comportamentale suggeriscono che questo approccio, comprendente ristrutturazione cognitiva, *problem solving*, *social skills training*, possa essere efficace, così come alcuni farmaci e i gruppi di auto-aiuto.

## In piazza contro il dolore cronico

► Sabato 12 ottobre si celebra "Cento città contro il dolore", la Giornata della Fondazione ISAL (Istituto di ricerca e formazione in scienze algologiche) per informare i cittadini sulle terapie disponibili contro il dolore e sui centri specialistici presenti sul territorio, diffondere il diritto alla cura sancito dalla legge 38/2010 e raccogliere fondi per la ricerca scientifica. Si tratta di un evento internazionale che, oltre a numerose città italiane, coinvolge anche Australia, Canada, Colombia, Germania, Gran Bretagna, Olanda, Spagna e Stati Uniti. Nelle piazze, volontari e medici spiegheranno come e dove sia possibile curarsi e chiederanno di compilare un questionario su dolore e terapia, i cui risultati verranno presentati al ministero della Salute. Iniziative pubbliche, campagne di informazione e convegni scientifici sono infine in programma all'estero. Per informazioni: Fondazione ISAL, tel. 0541 725165, e-mail [info@fondazioneisal.it](mailto:info@fondazioneisal.it), sito [www.fondazioneisal.it](http://www.fondazioneisal.it).

## Tossina botulinica in ambito estetico

► Incrementare lo sviluppo delle conoscenze scientifiche in merito all'uso della tossina botulinica per uso estetico: è il principale obiettivo di Aiteb, Associazione Italiana Terapia Estetica Botulino, che raggruppa medici utilizzatori della tossina botulinica in ambito estetico ([www.aiteb.it](http://www.aiteb.it)). Come segnala il Dott. **Massimo Signorini**, Presidente di Aiteb, "la tossina botulinica è un

farmaco che merita di essere studiato con la scientificità e il rispetto che si riserva a tutti i farmaci; se ben utilizzato è una risorsa per interventi non chirurgici". AIFA ha concesso l'autorizzazione all'uso estetico di tre tossine botuliniche per il trattamento delle rughe glabellari solo ai medici e non ad altre categorie professionali. Inoltre il "botulino" è uno dei trattamenti con il margine di sicurezza più ampio in medicina estetica: gli eventuali effetti indesiderati sono transitori.



## Crisi e salute dei bambini: la situazione è allarmante

► Il neonato Osservatorio Nazionale sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza ([www.paidoss.it](http://www.paidoss.it)), nato da un'iniziativa di **Giuseppe Mele**, presidente uscente FIMP, ha presentato due indagini parallele, condotte su 600 pediatri di famiglia e 1000 genitori in tutta Italia. Ne emerge un quadro preoccupante, in cui l'80% dei genitori di bambini fra 0 e 14 anni ammette di avere difficoltà economiche a garantire cure sanitarie e assistenziali adeguate ai propri figli.

## È italiano il primo vaccino antimeningococco B

► Messo a punto dalla ricerca Novartis, il nuovo vaccino è indicato per l'immunizzazione a partire dai due mesi di età contro la meningite causata da meningococco

B (MenB). A seguito dell'approvazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco all'immissione in commercio del vaccino, le autorità sanitarie ne valuteranno l'inserimento nei calendari vaccinali per renderlo accessibile quanto prima.



## Stato nutrizionale e outcome ospedalieri

► Lo studio "Impatto della supplementazione nutrizionale orale sugli outcome ospedalieri", pubblicato su *Am J Manag Care* (2013; 19: 121-28) e presentato al 35° congresso della *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (Lipsia, 31 agosto-3 settembre 2013) è un'analisi retrospettiva sugli effetti dei supplementi nutrizionali orali sugli outcome ospedalieri, condotta sui dati di oltre un milione di pazienti adulti. La ricerca ha messo a confronto degenze ospedaliere durante le quali erano forniti supplementi nutrizionali orali con degenze simili senza supplementazione. Sono state misurate le differenze in termini di durata della degenza e costo del trattamento (compresi i servizi, le prestazioni lavorative, l'uso delle apparecchiature mediche ecc). I vantaggi per i pazienti hanno incluso una riduzione del 21% della durata della degenza (2.3 giorni in meno) e una riduzione del 21.6% dei costi di ospedalizzazione (pari a un risparmio di 4.734 \$). Inoltre, si è registrata una riduzione del 6.7% della probabilità di riospedalizzazione a 30 giorni.