

M.D.

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

Anno XX, numero 10 - 30 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

PROFESSIONE

6

**Pagamento Irap:
riconosciute le ragioni
dei medici "organizzati"**

LINEE GUIDA

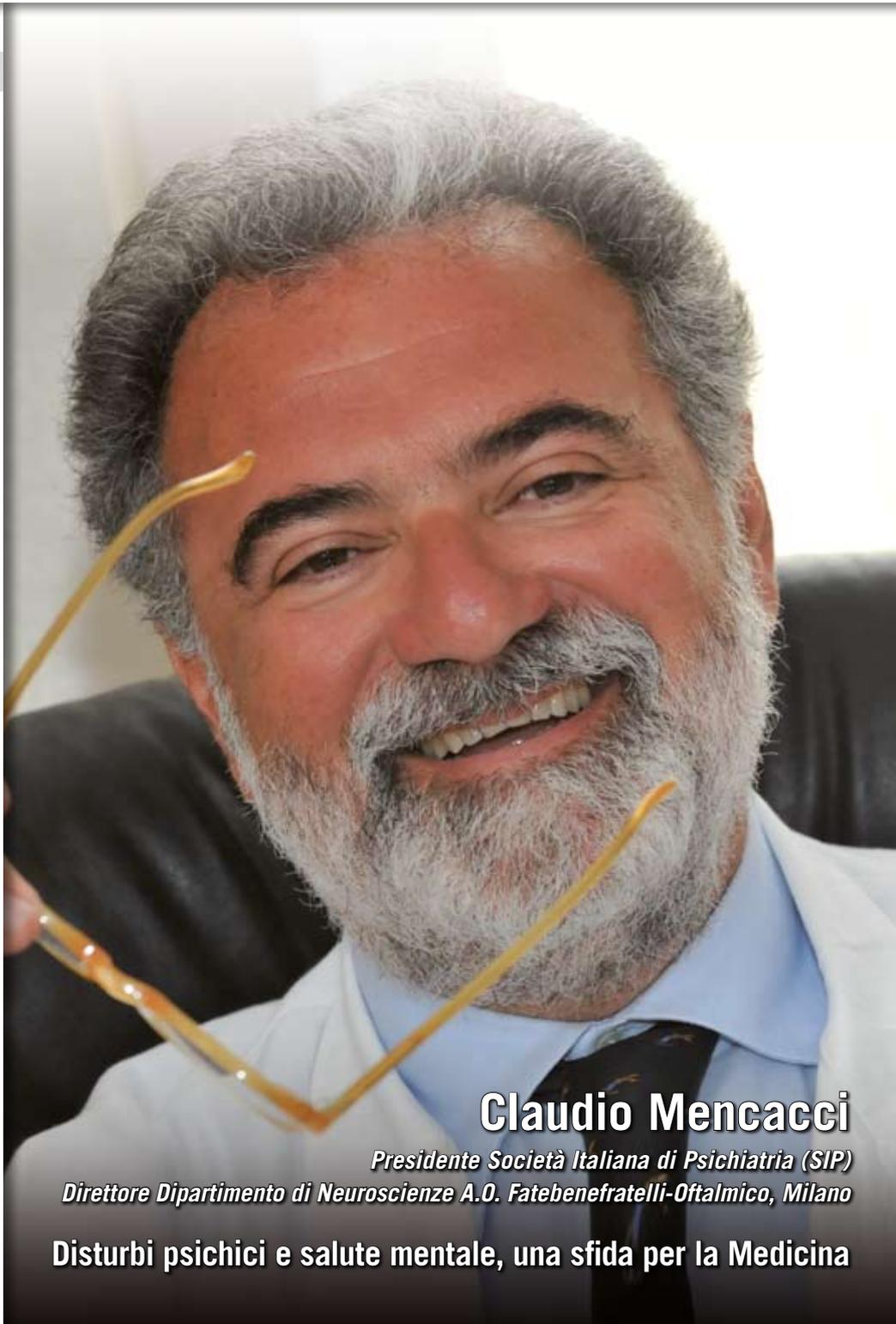
24

**Il nuovo documento ESH/ESC
sull'ipertensione arteriosa**

CLINICA

27

**Identificazione del linfonodo
sentinella, un nuovo gold
standard?**



Claudio Mencacci

Presidente Società Italiana di Psichiatria (SIP)

Direttore Dipartimento di Neuroscienze A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

Disturbi psichici e salute mentale, una sfida per la Medicina

Carenza di Mmg? No, anzi, ne serviranno sempre meno

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

Ci risiamo, l'allarme sulla futura "scarsità" dei medici di medicina generale ritorna come un mantra. A giugno di quest'anno l'Ente di previdenza dei medici segnalava il pericolo di una carenza di medici di famiglia già nel 2016. Ed ora a riaccendere i riflettori ci hanno pensato i dati relativi al 2011 forniti dal ministero della Salute che fotografano una realtà professionale che nel tempo sarà esercitata da medici sempre più avanti con l'età. Il 59% dei circa 47 mila Mmg infatti risulta avere più di 27 anni di anzianità di laurea e il trend è in progressivo aumento. Non è né una novità né una notizia. È dal 2009 che si cerca di porre l'attenzione su questa problematica ed è da allora che il dibattito si concentra sulle possibili conseguenze che la mancanza di Mmg potrebbe comportare sia a livello professionale, sia assistenziale. Si è cercato di spiegarne le ragioni, delineando da un lato le criticità di una professione che si è snaturata nel tempo e attrae sempre meno le giovani generazioni e ponendo dall'altro l'accento sulle insufficienze di un sistema formativo. Intorno a queste questioni si continua a discutere mentre la crisi identitaria dei medici di famiglia è tutt'altro che risolta. Ma non c'è da preoccuparsi perché finora si è data troppa enfasi ad un falso problema. Né è convinto il presidente della Società Italiana di Medicina Generale secondo cui in ogni Regione, ci sarebbe ancora un'enorme mole di sottoccupati che ancora sono in attesa di entrare nella medicina generale, per cui non c'è alcun bisogno di aumentare il numero dei laureati in medicina. La soluzione è dietro l'angolo: i medici di famiglia devono trasformarsi perché "non devono moltiplicarsi i medici, ma le forme associative nelle quali altre figure professionali fanno lavori che in Italia facevano i medici. La nuova organizzazione ha bisogno di più personale sanitario e meno personale medico". Quindi, riassumendo, non c'è nessuna futura carenza di medici di medicina generale nel nostro Paese, ma solo la necessità di un adattamento, di una trasformazione della professione ai bisogni organizzativi richiesti dal Ssn per migliorare l'efficienza del sistema. A tale proposito vorremmo solo ricordare che l'efficienza non è sinonimo di efficacia e di qualità. L'efficacia di qualsiasi atto medico e sanitario deriva dall'efficacia della Medicina intesa come sistema globale, inoltre l'efficienza organizzativa non può certo sopperire alla mancanza di un buon metodo clinico, basato sulla relazione di cura, sul rapporto interumano e sulla competenza.

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

Disturbi psichici e salute mentale, una sfida per la Medicina



Per far fronte al crescente aumento dei disturbi psichici è necessaria una più ampia azione di prevenzione e di presa in carico clinica, sanitaria e sociale dei soggetti a rischio: è quanto ha precisato il Prof. **Claudio Mencacci**, Presidente della Società Italiana di Psichiatria (SIP) e Direttore del Dipartimento di Neuroscienze A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico di Milano, durante l'intervista rilasciata a *M.D.*

► **Patrizia Lattuada**

Una vera e propria emergenza, così viene considerato dagli esperti il crescente aumento dei disturbi psichici riscontrato in questi anni nei principali Paesi europei. Anche il nostro Paese è colpito da questo trend: i medici di famiglia dichiarano che sono sempre più i pazienti che si rivolgono a loro lamentando disagi psichici. Inoltre uno dei dati più preoccupanti del Rapporto Osservasalute 2012 riguarda proprio il peggioramento dello stato di salute mentale degli italiani sempre più depressi e dipendenti da farmaci.

“I disturbi psichici e più in generale la salute mentale - tiene a sottolineare **Claudio Mencacci**, Presidente SIP e Direttore del Dipartimento di Neuroscienze A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico di Milano - è la sfida del 21° secolo che non solo i Mmg, ma più in generale tutta la Medicina, è tenuta ad affrontare. Dati aggiornati ad aprile 2013 evidenziano che circa il 38% della popolazione europea soffre nel corso della vita di un disturbo psichi-

co, con un tasso di crescita nell'arco degli ultimi due anni del 2%. Per la prima volta l'OMS ha definito un *action plan*, per implementare in tutti i Paesi azioni programmatiche in grado di contrastare e curare nel modo più accurato possibile le malattie mentali. I sistemi sanitari devono quindi dotarsi di strumenti per rispondere a questa sfida e sicuramente l'ambito delle cure primarie è lo snodo decisivo per intraprendere percorsi volti alla tutela della salute mentale della popolazione. Proprio per le sue peculiarità professionali, il Mmg è nella posizione privilegiata per identificare precocemente persone affette da disturbi psichici. Non è un caso che per la rilevante frequenza di questi disturbi nel *setting* della medicina generale alcuni Mmg si considerano 'psichiatri *ad honorem*'. In molte occasioni ciò corrisponde alla realtà: la capacità di accoglienza, ma soprattutto di riconoscimento dei primi segni - ancor prima che divengano sintomi - sono fondamentali per poter

intraprendere i percorsi di cura che prevedono anche l'invio del paziente al professionista che ha specifiche competenze, cioè lo psichiatra. Da oltre 35 anni nel nostro Paese esiste una psichiatria territoriale che, pur con alcuni limiti e carenze, è riuscita a mantenere un buon rapporto con la medicina generale e vi sono numerose esperienze sul territorio nazionale che possono essere prese ad esempio come forme innovative di collaborazione. Queste esperienze positive vanno implementate, combattendo una battaglia comune: la MG deve poter avere al suo fianco la specialista più competente, rappresentata dalla psichiatria. Soluzioni organizzative, che vedono coinvolte altre professionalità che per il loro profilo non hanno competenze, capacità diagnostiche e di diagnosi differenziale (mi riferisco a psicologi o altre figure professionali), sono perdenti: non sarebbero in grado di svolgere né la funzione di filtro né di dare risposte terapeutiche adeguate”

► La SIP da tempo pone l'attenzione sulla necessità di potenziare la rete dei servizi territoriali ...

“La nostra società è impegnata in prima linea con azioni di pressing verso le istituzioni sanitarie per evitare che in tempi di *spendig review* la politica dei tagli lineari investa la sanità e in particolare l'ambito dell'assistenza per le malattie mentali. Anzi, a fronte degli allarmanti dati epidemiologici, sarebbe necessario un potenziamento delle risorse e dei servizi, perché una buona salute mentale dei cittadini ha dei risvolti positivi sulla tenuta del tessuto sociale. Nessun Paese può uscire da un'emergenza senza poter contare sulle capacità individuali di gestione e risoluzione dei problemi. È infatti ampiamente dimostrato che una popolazione in una situazione di grande sconforto o di depressione è incapace di risollevarsi”.

► Le nuove patologie inserite nel DSM-V hanno dato vita ad un acceso dibattito...

“La quinta edizione del DSM, il DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), che ha visto la luce nel maggio di quest'anno, è il frutto di un lunghissimo e controverso percorso di preparazione svolto da una *Task Force* internazionale (quindi non solo americana) che ha coinvolto psichiatri con la maggiore esperienza al mondo, i quali si sono confrontati sui più aggiornati dati epidemiologici e sulla consistenza di nuovi orientamenti diagnostici e clinici. È inevitabile che all'interno della comunità scientifica la nuova pubblicazione abbia prodotto confronti e dibattiti, così come è stato per tutte le precedenti edizioni, a partire da quella del 1952. Non dobbiamo dimenticare che il DSM ha sempre

DSM-V: nuove definizioni

Nel DSM-V vengono meglio definiti tutti i disturbi da dipendenza non associati ad uso di sostanze, ovvero quei disturbi in cui vengono utilizzati gli stessi meccanismi cerebrali della dipendenza da sostanze. Tra questi sono stati inseriti il *gambling* - disturbo da gioco d'azzardo patologico - il *sex addition*, lo *shopping* compulsivo, la dipendenza dall'uso della rete. Altre condizioni che sono state individuate all'interno dei disturbi ossessivi-compulsivi sono la dermatillomania, ovvero quando la persona si infligge i particolari danni e ferite alla pelle e la sindrome da accumulo, che ovviamente non colpisce i collezionisti, ma che può essere diagnosticata quando la compulsione ad accumulare eccessivamente oggetti, fa sì che la persona non possa più vivere nel suo ambiente. Un'altra modifica importante da segnalare è che la sindrome di Asperger è stata inserita nell'autismo, consentendo così ai giovani affetti dalla sindrome di essere curati dal sistema sanitario statunitense.

Uno dei temi più controversi riguarda il lutto. Nell'edizione precedente il lutto era escluso dalla diagnosi di depressione maggiore, nella nuova versione si sottolinea che il medico deve saper individuare la condizione clinica. Se il clinico ha di fronte una persona che ha subito una grave perdita (non necessariamente un lutto, ma anche un'importante perdita economica o un forte trauma o altre condizioni che lo hanno reso fortemente fragile) e sviluppa una serie di sintomi depressivi particolarmente marcati della durata di più di due settimane ha gli elementi per porre diagnosi di co-presenza di depressione.

saputo leggere i grandi cambiamenti della società: basti pensare che negli Anni 70 venne esclusa l'omosessualità dai disturbi psichici e negli anni successivi venne cancellato il termine nevrosi, che era alla base di tutte le teorie psicodinamiche e psicoanalitiche, con la conseguenza che nessuno di questi trattamenti venne successivamente rimborsato dalle assicurazioni statunitensi. Dunque il DSM non ha solo un impatto sugli operatori che si occupano di salute mentale e sulla comunità medico-scientifica, ma ha anche una ricaduta sulla comunità e sui sistemi sanitari. È lo sguardo della psichiatria sulla comunità, che consente anche l'individuazione di nuove patologie, offrendo la possibilità di avere un linguaggio riconosciuto a livello internazionale. Ma è soprattutto uno strumento per individuare il più attentamente possibile il livello di soglia tra normalità e patologia e che aiuta il clinico a riconoscere la malattia, rendendo più affidabili le diagnosi psichiatriche. Non bisogna, infatti, dimenticare che nonostante i grandi progressi delle neuroscienze, allo sta-

to attuale, la psichiatria non dispone di test genetici, *marker* biochimici, *brain imaging* per poter fare una diagnosi certa e solo l'esperienza e la competenza del clinico svolgono un ruolo principale. È per questo che i sistemi diagnostici - come il ICD-11 di prossima pubblicazione - sono più importanti che in altre specialità mediche. Certo è che il DSM-V deluderà quella psichiatria fortemente ideologizzata che vorrebbe occuparsi solo di patologie gravi, che in passato venivano gestite negli ospedali psichiatrici. Così come saranno deluse alcune aree degli psicologi, che hanno già parlato di “forte medicalizzazione” o altre figure che ci riportano alle vecchie logiche del complotto e del sospetto”.

www.qr-link.it/video/1013



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

Pagamento Irap: riconosciute le ragioni dei medici di famiglia “organizzati”

La Sentenza n. 78/27/13, emessa dalla 27^a sezione della Commissione tributaria della Lombardia, dovrebbe mettere la parola fine ad una situazione paradossale, affermando con chiarezza che il medico convenzionato per la MG è un “lavoratore parasubordinato pubblico”, quindi non assoggettabile a Irap. Da tale condizione deriva un diritto generalizzato al rimborso dell’imposta impropriamente versata nei 4 anni precedenti, per coloro che hanno effettuato il relativo ricorso

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale, Flero (BS)

Da quando sono partiti i ricorsi dei Mmg contro l’Irap si sono accumulate numerose sentenze delle Commissioni tributarie provinciali e regionali a favore dei medici convenzionati, con un’unica eccezione quella che assimila ad un libero professionista il medico di famiglia con personale dipendente, sia segretariale che infermieristico, con struttura organizzativa e quindi lo assoggetta al pagamento dell’Irap a differenza dei colleghi che, al contrario, lavorano in solitudine ovvero senza alcun collaboratore. Le Commissioni tributarie in sostanza deducono dalla presenza di collaboratori che il medico ha altre attività professionali, di tipo specialistico in parallelo alla convenzione per la medicina generale (MG), dalle quali trae ulteriori cespiti anche in virtù di una specifica organizzazione professionale, provata proprio dalla presenza di personale dipendente. Ma tutto ciò risulta paradossale poiché da oltre 15 anni l’Acn per i Mmg ha introdotto gli incentivi per i collaboratori di studio, figure ormai necessarie per poter mantenere buoni *standard* qualitativi ed assistenziali. Per di più tale orientamento è stato riba-

dito ed enfatizzato a livello regionale da alcuni Air, ad esempio quello lombardo, che hanno previsto ulteriori incentivi per l’assunzione di collaboratori amministrativi o infermieristici, a condizione che il generalista incrementi l’orario di lavoro minimo part-time previsto dall’Acn.

► La sentenza

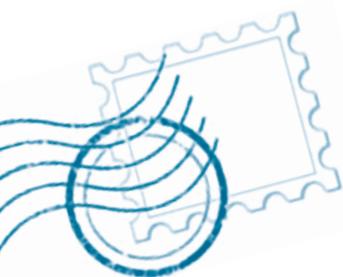
A ribaltare questa impostazione è arrivata finalmente la Sentenza n. 78/27/13, emessa dalla 27^o sezione della Commissione tributaria della Lombardia, e depositata lo scorso 17 giugno. In essa i giudici affermano che il medico convenzionato per la MG è un “*lavoratore parasubordinato pubblico*” inserito, cioè, in un servizio sanitario collettivo, sfornito di una organizzazione autonoma e, quindi, non assoggettabile a Irap; da tale condizione deriva un diritto generalizzato al rimborso dell’imposta impropriamente versata nei 4 anni precedenti, per coloro che hanno effettuato il relativo ricorso. Secondo la Commissione regionale si configura l’esclusione dall’imposta e il diritto al rimborso dell’Irap qualora:

- a)** i costi esposti in dichiarazione

siano quelli necessari per dotarsi delle strumentazioni imposte al medico dal contratto di categoria;

- b)** il reddito del contribuente sia predeterminato in ragione della fissazione di un massimale di pazienti assistibili, con la conseguenza che la capacità contributiva non aumenta in relazione a eventuali elementi organizzativi dello studio medico;
- c)** il personale di segreteria retribuito non implica la sussistenza di autonoma organizzazione, trattandosi di un costo rimborsato dal Ssn previsto dall’articolo 36 della Convenzione;
- d)** che la peculiarità della prestazione richiesta al medico di medicina generale convenzionato, ne configura l’inserimento come “*lavoratore parasubordinato pubblico*” con impossibilità di delega.

In presenza di tali condizioni scatta il diritto al rimborso richiesto dal ricorrente, con condanna alle spese a carico dell’ufficio finanziario. Di particolare rilievo sono il punto b e c, che confermano la peculiarità della MG in quanto a dotazione di personale dipendente, specificatamente previsto dalla convenzione nazionale e regionale per chi svolge esclusivamente la professione di Mmg.



L'appello al Ministro dei medici di Sanità in Rete

Pubbllichiamo la lettera aperta al ministro della Salute inviata dai medici di Sanità in Rete contro le crescenti incombenze burocratiche che hanno penalizzato e snaturato la professione dei medici di famiglia

Onorevole Ministro
L'evoluzione delle normative sanitarie ha comportato e comporta un'enorme quantità di adempimenti burocratici a carico dei medici di medicina generale (Mmg), pena sanzioni anche gravi, così come imposti da leggi statali, regionali, aziendali e distrettuali.

Una mole così elevata di burocrazia ha superato da tempo il livello di guardia, mettendo a repentaglio la serenità e le capacità degli operatori sanitari e contribuendo anche a una pericolosa deriva dell'attività clinica del medico che mette a dura prova la tutela della salute di tutti. La burocrazia ipovedente, ineludibile, incomprimibile ed improcrastinabile, costringe infatti il medico a darle sempre la priorità, occupando oltre il margine di sicurezza le sue capacità mentali di attenzione, serenità, ragionamento e giudizio clinico, con il risultato di ridurre l'efficienza operativa, con grave compromissione della qualità e della sicurezza del servizio.

Il paziente non riesce più ad ottenere quella risposta alla sua domanda di salute, in passato basata sul rapporto di fiducia e che, proprio grazie a questo peculiare rapporto, poteva essere garantita. A fronte di una sempre crescente

inadeguatezza nella risposta ai suoi reali bisogni di salute trova il suo medico trasformato, di volta in volta, in operatore telematico Inps, dell'Agenzia delle Entrate, del Mef, in *call center* per il Cup, operatore Caf, e soprattutto vede nel suo ex-medico di famiglia l'esattore di quanto da lui dovuto per accedere alla prestazione sanitaria e il controllore di quanto gli spetta in materia di esenzione e di accertamento dei requisiti prescrittivi, di esenzione *ticket*, per non parlare della giungla dei certificati ancora florida, nonostante la passata e recente abolizione di alcune certificazioni, abolizione troppo spesso ignorata non solo da mille piccoli burocrati, ma come nel caso dei certificati per idoneità all'immissione in ruolo nella scuola, ignorata persino da disposizioni di altro ministero e/o di Provveditorati.

Onorevole Ministro,
ci scopriamo troppo spesso ormai a dialogare e a guardare un monitor mentre il viso del paziente diventa sempre più sfuocato. Il risultato è diffidenza, ostilità, aggressività da parte del paziente che non si riconosce nell'essere persona, ma come "contenitore di malattia" dove la sua malattia è un numero da sommarsi e da moltiplicare con al-

tri numeri. Il disagio di una popolazione colpita dalla crisi che stiamo attraversando trova sfogo inoltre in un aumento di domanda di salute per una sofferenza che viene canalizzata a livello della medicina generale (MG) e del territorio che nonostante le ripetute promesse rimane sottofinanziato rispetto alle esigenze. Non stiamo parlando di modelli organizzativi, ma di risorse necessarie e non procrastinabili che facciano della medicina generale il primo baluardo a sostegno della popolazione, liberando gli operatori sanitari dal senso d'impotenza e permettendo loro di dare la giusta accoglienza e risposta ai bisogni dei cittadini al di là della modalità operativa del medico singolo o in associazione.

L'italiano vorrebbe riavere il suo medico e quest'ultimo vorrebbe tornare a essere quello di prima per il suo paziente. Il suo medico sa quanto potrebbe dare in termini di professionalità e di specifiche competenze, esattamente l'80% in più, quello che ora è sepolto sotto la burocrazia. Restituendo questo spazio sepolto, il medico Italiano saprebbe diversificarsi e qualificarsi per dare una risposta attiva alla mutata situazione sociale, economica e sanitaria del Paese.

Medicina Generale in prima linea nella gestione del dopo emergenza

Di recente istituzione, i Posti di Assistenza Socio-Sanitaria (PASS) sono delle strutture sanitarie campali preposte all'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria alla popolazione colpita da catastrofe

Domenico Barbati

*Medico di Medicina Generale
Presidente Nazionale AMFE*

Rosario Falanga

*Medico di Medicina Generale
Coordinatore Regionale AMFE, FVG*

Fermo restante il ruolo importante, essenziale e insostituibile che gli organi istituzionali di soccorso sanitario e la C.O. 118 hanno nell'ambito della P.C. nelle immediate ore successive alle catastrofi, è emerso dall'esperienza maturata dai Mmg nel terremoto dell'Aquila nel 2009, nell'Emilia nel 2012 e in altre situazioni emergenziali, d'accordo con i dati della letteratura, che il grosso delle prestazioni richieste già all'indomani della catastrofe, riguarda competenze proprie della Medicina Generale o eventualmente di specialità non strettamente legate all'urgenza.

Questo ci porta a concludere che esiste un ruolo tuttora scoperto ma ugualmente essenziale, di pertinenza della Medicina Generale nell'ambito delle cure primarie, che si estrinseca non tanto nell'immediatezza della catastrofe, ma lungo il corso dei giorni e delle settimane successive, quando è necessaria la presa in carico dei pazienti "fragili", in un territorio privo delle strutture distrettuali e della logistica degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, resi inagibili dagli eventi calamitosi.

Le strutture sanitarie campali preposte all'intervento d'urgenza, ovvero i PMA (Posti Medici Avanzati), specializzati nel trattamento dei pazienti in condizioni critiche, non possono sopperire anche alle richieste di assistenza sanitaria di base e sociosanitaria di cui ne-

cessita la popolazione rimasta illesa e che iniziano ad esprimersi già a breve distanza dall'insorgere dell'evento calamitoso e si protraggono sino al ripristino dei servizi sanitari prestati in fase ordinaria.

Pertanto è necessario un piano di intervento organizzato e strutturato della Medicina Generale, accreditato e integrato nella realtà dei soccorsi locali, nell'ambito della P.C., che preveda logistica, tempi e modalità di intervento in casi di catastrofi, per assicurare la continuità assistenziale nel territorio disastato.

Finalmente è stata pubblicata sulla G.U. n° 145 del 22.6.2013 la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante: "Disposizioni per la realizzazione di strutture sanitarie campali, denominate PASS, Posto di Assistenza Socio Sanitaria, preposte all'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria alla popolazione colpita da catastrofe". Questa direttiva di fatto recepisce le istanze della Medicina Generale e del Dipartimento di P.C. e colma questo gap nella *governance* delle catastrofi. Adesso spetta a tutti gli attori coinvolti mettere in atto le disposizioni che questo strumento legislativo ci da.

► **Posto di Assistenza Socio Sanitaria (PASS)**

Al PASS è affidato il perseguimento delle seguenti finalità:

- dotare il Servizio Sanitario di una Regione/PA colpita da catastrofe, di una struttura ove, in caso di inaccessibilità o insufficienza delle strutture preposte per via ordinaria, il personale sanitario possa espletare l'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria;
- integrare, su richiesta del Servizio Sanitario di una Regione/PA colpita da catastrofe, i servizi sanitari territoriali, con personale sanitario qualificato per l'assistenza sanitaria di base e l'assistenza sociosanitaria.

Le modalità ed i tempi di impiego dei PASS sono definiti dal Servizio Sanitario Regionale competente per territorio, nell'ambito della struttura di coordinamento di protezione civile, d'intesa con il Dipartimento della Protezione Civile e la Regione/PA, Ente o Associazione titolare del PASS.

Il PASS è una struttura campale che funge da poliambulatorio di base, allestito all'interno di un campo di accoglienza con tempi di attivazione adeguati, ma non tempestivi come il PMA. I PASS devono giungere sul luogo della catastrofe già equipaggiati con personale sanitario delle cure primarie (Mmg, PLS, infermieri, assistenti sociali, psicologi etc). Il personale sanitario del PASS, non appena la situazione lo consente, è integrato o sostituito da quello del Servizio Sanitario Regionale, competente per territorio.

I PASS sono strutture modulari, possono essere costituite da tende, ma anche da *shelters*, o combinazioni delle due tipologie, purchè ambienti, percorsi e servizi igienici siano adatti all'uso per disabili, anziani e bambini, organizzate per operare in autonomia logistica per almeno 72 ore e devo-

no essere predisposte per la repentina alimentazione da parte dei servizi essenziali locali non appena ripristinati.

Si tratta di strutture ben identificate con opportuna segnaletica, ben accessibili da un punto di vista di viabilità per gli automezzi di soccorso, illuminate e climatizzate, dotate di un lavello con acqua corrente potabile. All'interno dovrebbero avere un apparecchio per le comunicazioni radio e computer collegati alla rete internet con stampante, un frigo per la conservazione dei farmaci.

La versione base deve avere un'area di gestione e coordinamento, un'area di accoglienza/registrazione pazienti, nonché ambulatori per l'attività di Medicina Generale, Pediatria di libera scelta, Infermieristica, Psicologia e Assistenza Sociale, arredati e equipaggiati almeno con le dotazioni minime di uno studio di un medico di famiglia, con un locale adibito a osservazione breve dei pazienti, e un locale adibito a dormitorio per il personale sanitario. La configurazione del PASS può essere implementata mediante l'attivazione di un Presidio Farmaceutico.

Naturalmente per un buon funzionamento questa struttura deve prevedere in anticipo un organigramma, una scala gerarchica, che fin dopo l'allertamento, una volta data la disponibilità, deve assumersi la responsabilità di portare avanti l'assistenza come prefigurata.

Il coordinamento del PASS è affidato ad un Medico con funzioni di Direttore Sanitario responsabile delle attività sanitarie, che si avvale di un Responsabile logistico, addetto alla installazione della

struttura e alle relative necessità tecniche, in carico al titolare del PASS.

Il Direttore Sanitario del PASS riferisce al responsabile della Funzione sanità del livello competente in merito alle attività svolte nonché riporta richieste, osservazioni e/o criticità riscontrate durante l'operatività.

Il PASS tramite il suo Direttore Sanitario deve relazionarsi e integrarsi con i referenti delle altre strutture sanitarie presenti nel teatro della catastrofe (PMA, ospedali da campo, organi istituzionali di soccorso, etc.), parteciperà ai *briefing* quotidiani disposti dal capo campo, relazionandosi in particolare con i referenti addetti alla gestione della ristorazione e alla pulizia degli spazi comuni (servizi igienici, mensa etc.), per concordare strategie di azione o attività di opportuna prevenzione. Dovrà istituire una apposita turnazione del personale sanitario per assicurare la funzionalità del presidio e nel caso predisporre adeguati rapporti con Continuità Assistenziale per garantire assistenza H24.

Naturalmente, per poter essere allestite e mantenute attive queste strutture necessitano di personale logistico ad hoc, reperito tra le forze istituzionali e/o del volontariato, debitamente formato per montare tende, allacciamenti idrici, elettrici e fognari, collegamenti radiotelefonici e internet.

► **Associazione Nazionale Medici di Famiglia per le Emergenze (AMFE)**

In quest'ottica nell'ottobre del 2011 si è costituita l'Associazione Nazionale Medici di Famiglia Volontari per le Emergenze (www.

amfeonlus.it), quale struttura atta a garantire il supporto professionale dei Medici di Famiglia in caso di catastrofi, avvalendosi, essendo privi di supporto logistico, di apposite convenzioni e/o protocolli d'intesa con varie associazioni di volontariato, attive nell'ambito della Protezione Civile (ANA, CRI, UNITALSI, ANPAS etc.).

L'associazione presente in tutte le Regioni con propri rappresentanti opera in stretto contatto con il Dipartimento della Protezione Civile, in particolare con l'Ufficio Rischio Sanitario diretto dal Dr. Federico Federighi, e ha lo scopo di formare i Medici di Famiglia anche al fine di ricoprire incarichi in ambito delle varie linee di comando secondo gli ordinamenti della Protezione Civile.

Già in varie calamità l'AMFE, con il supporto logistico delle Squadre Sanitarie di Protezione Civile dell'Associazione Nazionale Alpini, ha dato il suo contributo, per ultimo nel terremoto dell'Emilia

del 2012, alcuni Mmg dell'AMFE hanno collaborato a gestire i presidi sanitari nei campi di accoglienza a Finale Emilia (MO) e Cento (FE).

► Conclusioni

In occasione del terremoto in Abruzzo e in Emilia, la Medicina Generale, ha dovuto inventarsi una nuova organizzazione sanitaria per assicurare la continuità assistenziale senza un modello di riferimento, i Mmg si sono integrati per quanto possibile all'interno del sistema Protezione Civile, pur rimanendone al di fuori, non essendo organicamente inseriti in modo organizzato nella struttura Dipartimentale.

Oggi, il singolo Mmg figura capillare del Ssn, buon conoscitore dei luoghi e delle necessità sanitarie della popolazione assistita, se motivato, membro di un'associazione iscritta nell'albo delle associazioni di volontariato riconosciu-

te dal Dipartimento di Protezione Civile, per godere di tutti i benefici di legge, previa adeguata formazione, può legittimamente operare all'interno dei Posti di Assistenza Socio Sanitari (PASS). La nuova concezione del *disaster management* comprende non solo il soccorso e la gestione dell'emergenza, ma anche la formazione della comunità locale, affinché possieda strumenti e metodologie per la propria protezione, di fondamentale importanza quindi risulta l'organizzazione di periodiche esercitazioni di protezione civile con la popolazione e i soccorritori, necessarie per codificare un comune *modus operandi* affinché tra i soccorritori si parli una "lingua comune" quando sono chiamati ad operare congiuntamente. È dunque necessario che nelle emergenze sia tempo di passare da una medicina eroica ad una medicina che non ha bisogno di eroi, ma di specifiche professionalità ben integrate tra loro.

Bibliografia

- Barbati D. Associazione onlus medici di famiglia per le emergenze: rinnovato impegno a fianco della Protezione Civile. Intervento al 66° Congresso Nazionale FIMMG, Villasimius (CA), 03/08 ottobre 2011
- Donker GA, et al. Infrequent attendance in general practice after a major disaster: a problem? A longitudinal study using medical records and self-reported distress and functioning. *Family Practice*. 2008 Apr; 25(2):92-7.
- Falanga R. Il ruolo del volontariato nel soccorso sanitario. Intervento al Convegno organizzato dall'ASS6 "Friuli Occidentale", Piancavallo di Aviano (PN), 23/24 gennaio 2009
- Falanga R., Disclafani G., Salladini G., Zinni L. Il Medico di Medicina Generale nelle catastrofi. Poster, 1° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medici di Emergenza-Urgenza e Catastrofi (FIMEUC), Roma, 16/17 Dicembre, 2011.
- Gioia F. Il ruolo del MMG in caso di catastrofi: l'esperienza de L'Aquila dopo il 6 Aprile 2009, Tesi di Specializzazione in Medicina Generale, Novembre 2009
- Guerroni A. Efficacia del pronto intervento in caso di disastro aereo in un centro abitato del territorio di Malpensa 2000. Quale ruolo dei Medici di Medicina Generale? *Rivista SIMG* 2005; (2): 15-17
- M. Landriscina et al. Utilizzo del PMA di 1° livello nella grande catastrofe. *N & A Mensile Italiano del Soccorso*. 2009; vol. 203: 2-4
- Madamala K. et al. Characteristics of physician relocation following Hurricane Katrina. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2007; 1:21-6
- Salladini G. Bisogni di salute della popolazione aquilana sfollata sulla costa abruzzese: esperienze di 2 nuclei di cure primarie. Intervento al 26° Congresso Nazionale SIMG, Firenze, 26/28 novembre 2009
- Van den Berg B, et al. Risk factors for unexplained symptoms after a disaster: a five-year longitudinal study in general practice. *Psychosomatics*. 2009 Jan-Feb; 50(1):69-77.
- Zinni L. Governo clinico nelle catastrofi SIMG Abruzzo: proposta per una discussione. *Rivista SIMG* 2010;(2):3-8

“Festa del Medico di Famiglia”, edizione 2013

Nata nel capoluogo toscano nel 2010 dall’iniziativa di un gruppo di Mmg, la Festa del Medico di Famiglia si è diffusa nel 2011 in Umbria e nel 2012 in diverse Regioni e città italiane acquisendo sempre più una dimensione nazionale.

Giunta alla quarta edizione, quest’anno si terrà dal 14 al 20 ottobre: un’intera settimana in cui si svolgeranno numerose iniziative a livello nazionale. L’obiettivo, infatti, è che questa manifestazione si diffonda in ogni città d’Italia sia nelle forme più organizzate e di forte comunicazione, sia in quelle minime di sola informazione. Per esempio, un medico o un gruppo di medici possono organizzare un incontro con i

propri assistiti per discutere di argomenti che a loro premono e interessano, coinvolgendo, il medico specialista, il farmacista, il medico ospedaliero, l’omeopata e il naturopata, il nutrizionista, l’associazione dei malati e dei cittadini, l’amministratore pubblico, il politico.

Negli anni scorsi si sono sperimentate con successo modalità di incontro che saranno replicate anche quest’anno: incontri con gli studenti delle elementari, delle medie e delle superiori; incontri serali con i cittadini; convegni e tavole rotonde.

Si tratta di occasioni in cui continuare a sperimentare momenti creativi, con modalità nuove di relazione e dialogo. La Festa del

Medico di Famiglia è l’espressione di un riconoscimento del lavoro del medico di famiglia ed è uno stimolo affinché il Mmg svolga sempre meglio il suo compito in un contesto che gli chiede di essere il primo responsabile della salute dei cittadini. È soprattutto un’opportunità speciale per rafforzare la relazione di fiducia tra le persone e il loro medico fuori dal contesto del bisogno specifico in cui normalmente si incontrano. Le nuove modalità organizzative del lavoro dei medici di famiglia sul territorio infatti non cambiano il fatto che la relazione e il rapporto di fiducia tra assistiti e Mmg è l’elemento cardine, il fulcro dell’esercizio della Medicina di Famiglia.

...Il medico di famiglia, uno di noi

14-20 ottobre 2013



AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **ALGOLOGIA**

Paziente con dolore cronico: il Mmg si arrende alla sfida?

■ **CARDIOLOGIA**

*Effetti dell'altitudine
nei pazienti con ipertensione arteriosa*

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Una risorsa in più contro colite ulcerosa e Crohn

■ **NEUROLOGIA**

Una metodica tricolore per personalizzare le terapie

■ **OSTEOPOROSI**

Il paese che verrà sarà vecchio e fragile

■ **TRAPIANTOLOGIA**

Preziosi "ricambi" per le vittime di incidenti invalidanti

■ ALGOLOGIA

Paziente con dolore cronico: il Mmg si arrende alla sfida?

Si stima che il 70% dei pazienti con dolore cronico venga gestito dal Medico di medicina generale. Il dolore cronico rappresenta una delle motivazioni che più frequentemente spingono i pazienti a consultare il loro medico di famiglia (i pazienti con dolore cronico si rivolgono al Mmg cinque volte più frequentemente di quanto non facciano coloro che non soffrono di tale problema). Di fronte a una richiesta così ampia e continua ci si aspetterebbe che le necessità di questa schiera di pazienti vengano accolte e risolte dalla medicina generale. Nel quotidiano invece, secondo quanto emerso da una *survey* paneuropea, condotta in 13 Paesi (Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Spagna, Svezia, Gran Bretagna) sui medici di medicina generale e pubblicata recentemente (*J Pain Res* 2013; 6: 393-401), le cose stanno molto diversamente. Almeno il 40% dei pazienti con dolore cronico non riceve soluzioni che apportino sollievo alla sua condizione, a conferma che la gestione del dolore cronico purtroppo rimane ancora una vera grande sfida per il medico di fami-

glia europeo.

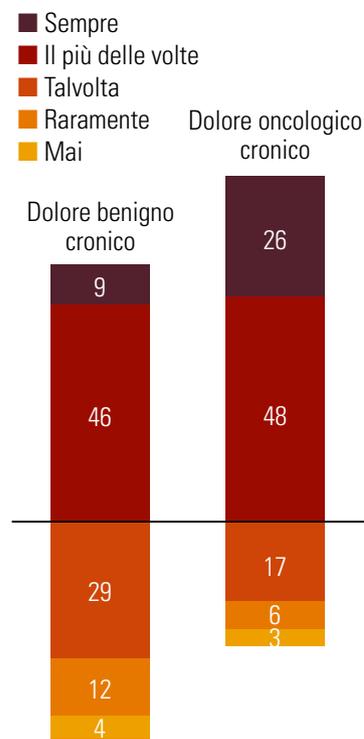
Lo studio ha utilizzato un questionario, sviluppato per la compilazione online, che è stato completato da 1309 medici di medicina

generale, approssimativamente un centinaio per ogni Paese partecipante.

La stragrande maggioranza dei rispondenti al questionario utilizzato (84%) percepisce il dolore cronico benigno come una delle più difficili condizioni da trattare, sebbene sia ancora una scarsa priorità del sistema sanitario: purtroppo solo il 48% utilizza uno strumento per misurare il dolore. In Italia, nonostante la legge 38, questa percentuale si abbassa al 39% mentre il Paese più virtuoso risulta la Polonia, con il 65% di riscontri oggettivi effettuati. I pazienti con dolore cronico benigno venivano trattati al 40% senza ricorso ad oppioidi e un restante 40% con oppioidi deboli. L'11% dei medici intervistati prescrive solo oppioidi forti mentre il 9% prescrive oppioidi forti in associazione a quelli deboli. Tutti dichiaravano maggiore disponibilità all'utilizzo degli oppioidi forti nel dolore da cancro. Tra i medici non prescrittori le ragioni principali per il non utilizzo risiedevano nel 35% dei casi nella paura di addizione o di abuso e nel 22% dei casi per paura di effetti collaterali. L'effetto avverso più temuto era la costipazione (86%) seguito da sonnolenza (52%) e da nausea (46%). Le conclusioni dello studio sono che questi dati potrebbero rappresentare la base di partenza per discutere gli strumenti (formazione, linee guida) per implementare anche nella medicina generale un corretto trattamento del malato con dolore cronico benigno.

Figura 1

Dolore cronico: uso delle linee guida nella medicina generale



J Pain Res 2013; 6: 393-401

■ CARDIOLOGIA

Effetti dell'altitudine nei pazienti con ipertensione arteriosa

■ **Gianfranco Parati**

Università degli Studi di Milano-Bicocca, Istituto Auxologico Italiano, Milano

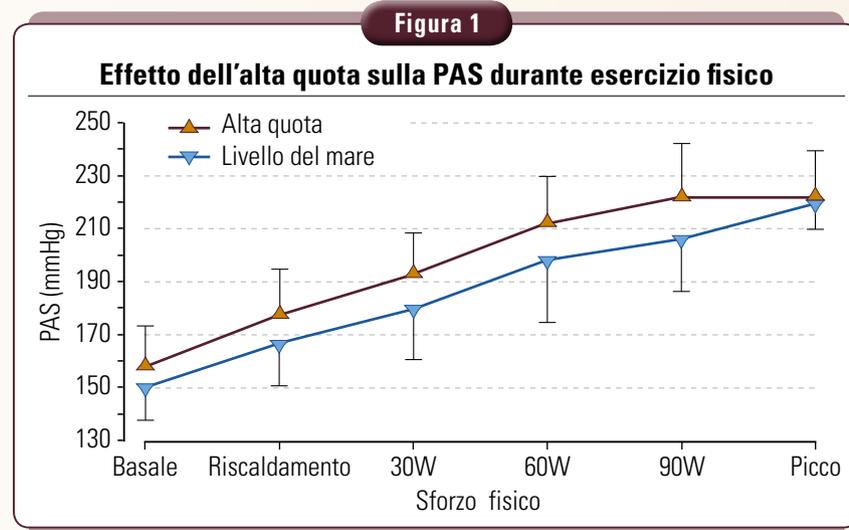
Affascinanti, imponenti, maestosi e silenziosi, gli scenari in alta quota rappresentano degli ambienti che sono una sfida per l'organismo umano, principalmente per la limitata disponibilità di ossigeno che li caratterizza. L'esposizione acuta alle altitudini elevate determina profondi cambiamenti in un gran numero di apparati e sistemi, tra cui la circolazione polmonare e sistemica. Tali cambiamenti normalmente facilitano l'adattamento all'ipossia, ma in talune circostanze possono essere maladattativi e condurre a condizioni patologiche anche gravi (mal di montagna acuto, edema polmonare o cerebrale da alta quota).

I dati disponibili sulla fisiologia in alta quota derivano per la maggior parte da studi condotti su persone sane, mentre ancor poco si sa circa gli effetti dell'altitudine in pazienti con problemi cardiovascolari cronici quali per esempio l'ipertensione arteriosa. Le ricerche in questo campo sono di grande importanza pratica: basta pensare, infatti, ai milioni di ipertesi che ogni anno si recano in montagna e per i quali ancora mancano raccomandazioni basate sull'evidenza relative all'esposizione alle alte quote, alle possibili precau-

zioni e alla necessità di modificare il trattamento antipertensivo. In occasione dell'ultimo congresso della *European Society of Hypertension* (Milano, 14-17 giugno 2013) sono stati presentati alcuni dati di una spedizione in alta quota. Si tratta dello studio *Highcare-Andes* che ha valutato, in soggetti con ipertensione lieve, gli effetti dell'esposizione all'alta quota sulla pressione arteriosa in relazione al carico incrementale dello sforzo fisico. In particolare, è stato rilevato che, sopra i 3000 metri, viene a ridursi la *performance*

all'esercizio e si osserva un significativo aumento della PAS sia a riposo sia dopo esercizio (*figura 1*) con un parallelo incremento della PAD, anche se un po' meno significativo. Va sottolineato che in quota l'incremento di PAS al picco corrisponde ad una intensità di esercizio significativamente minore che a livello del mare. Negli stessi soggetti con ipertensione lieve sono stati anche valutati gli effetti dell'esposizione acuta all'altitudine sulla pressione arteriosa delle 24 ore e l'efficacia di un trattamento antipertensivo (telmisartan 80 mg/nifedipina *slow release* 30 mg) (*Highcare-Andes Lowlanders Study*). Accanto al previsto incremento dei valori pressori è anche emerso come il trattamento antipertensivo abbia mantenuto la sua efficacia, anche quando i pazienti sono stati condotti in quota. Questi risultati hanno notevoli implicazioni pratiche nella gestione dei pazienti ipertesi che intendono recarsi in alta montagna, confermando l'efficacia dei trattamenti proposti.

Figura 1



■ GASTROENTEROLOGIA

Una risorsa in più contro colite ulcerosa e Crohn

Un nuovo progresso nella terapia delle malattie croniche intestinali (MICI). È quanto sembrano suggerire i risultati di due trial con un nuovo farmaco, vedolizumab, che negli studi GEMINI I e GEMINI II, di fase 3, ha dimostrato una spiccata efficacia contro, rispettivamente, colite ulcerosa e malattia di Crohn in pazienti che non avevano risposto alla terapia tradizionale. Con oltre 2000 soggetti globalmente coinvolti, si tratta di alcuni dei più ampi studi finora realizzati su pazienti con MICI.

▶ GEMINI I

Nello studio GEMINI I (*N Eng J Med* 2013; 369: 699-710), costituito da due trial, uno di induzione e l'altro di mantenimento, randomizzati, in doppio cieco, controllati con placebo, i partecipanti (n=895) avevano malattia attiva di grado moderato-severo (*Mayo Clinic score* ≥ 6 e punteggi parziali endoscopici ≥ 2) e non avevano risposto alla terapia tradizionale con corticosteroidi, tiopurine o inibitori del TNFalfa. Con vedolizumab il tasso di risposta clinica a 6 settimane è stato del 47.1%, significativamen-

te superiore a placebo (25.5%; $p < 0.001$). La risposta clinica era definita come riduzione del *Mayo Clinic score* ≥ 3 e $\geq 30\%$ di riduzione rispetto al basale, insieme a una significativa riduzione del sanguinamento rettale.

Nella fase di mantenimento, coloro che avevano risposto alla terapia con vedolizumab sono stati randomizzati a ricevere il farmaco ogni 4 o 8 settimane o placebo. Alla settimana 52 avevano raggiunto la remissione clinica (*Mayo Clinic score* ≤ 2 e nessun punteggio parziale superiore a 1) il 41.8% dei pazienti che avevano ricevuto il farmaco ogni 8 settimane e il 44.8% di quelli che lo avevano ricevuto ogni 4, contro il 15.9% dei pazienti che erano passati a placebo.

▶ GEMINI II

I risultati del GEMINI II (*N Eng J Med* 2013; 369: 711-21), di induzione e mantenimento, controllato con placebo, in pazienti con malattia di Crohn attiva moderata-grave (n=1115), hanno mostrato come il trattamento con vedolizumab si associ a una maggiore percentuale di pazienti con remis-

sione clinica a 6 settimane rispetto a placebo (14.5% vs 6.8%; $p=0.002$). Per remissione clinica si intendeva un *Crohn's disease activity index*, CDAI, score ≤ 150 punti. A 6 settimane non si sono osservati miglioramenti significativi rispetto a placebo nell'endpoint co-primario di risposta CDAI-100 (riduzione del CDAI score ≥ 100), ma a 52 settimane nel gruppo trattato con vedolizumab la proporzione di soggetti che mostrava una risposta CDAI-100 e remissione della malattia senza necessità di ricorso ai glucocorticoidi era significativamente maggiore rispetto a placebo. Vedolizumab è un anticorpo monoclonale umanizzato a selettività intestinale, che antagonizza specificamente l'integrina alfa4beta7, espressa in un sottogruppo di leucociti circolanti che hanno dimostrato di avere un ruolo nella mediazione del processo infiammatorio associato alla colite ulcerosa e alla malattia di Crohn.



■ NEUROLOGIA

Una metodica tricolore per personalizzare le terapie

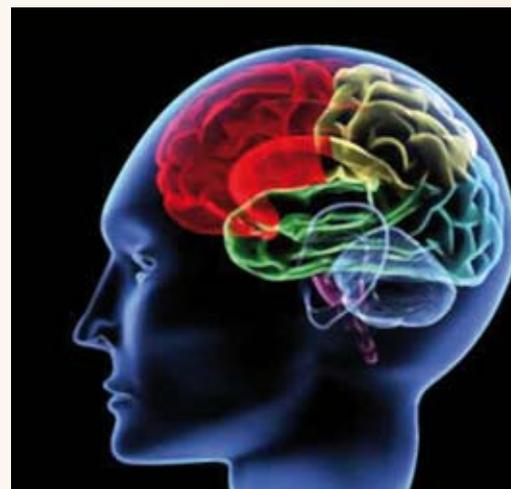
Grazie agli sforzi compiuti dai ricercatori dell'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano è stata messa a punto una nuova tecnica grazie alla quale sarà possibile di individuare in laboratorio quali sono i farmaci più efficaci per ogni paziente per intervenire e curare le patologie di carattere cerebrovascolare e rallentare la crescita dei tumori, quali il glioblastoma, il più aggressivo dei tumori cerebrali. Lo studio è stato pubblicato a settembre su un'importante rivista internazionale (*Nat Protoc* 2013; 8: 1680-93).

Si tratta di un approccio sinora considerato impossibile: fino ad oggi, infatti, le cellule dei vasi sanguigni cerebrali potevano essere tenute in vita in laboratorio solo per un tempo insufficiente e in numero troppo ristretto. Questa tecnica potrà permettere di sviluppare in futuro terapie che abbiano come target i vasi cerebrali, personalizzandola per ogni singolo paziente.

"Questo studio - sottolinea **Eugenio Parati**, direttore del Dipartimento di malattie cerebrovascolari dell'Istituto Neurologico Besta - è un importante contributo allo studio del sistema vascolare umano in quanto consentirà per la pri-

ma volta di isolare e coltivare endotelio cerebrale umano in laboratorio". Le colture di cellule endoteliali cerebrali rappresentano un modello unico e insostituibile per lo studio in vitro delle caratteristiche di questo sistema coinvolto in numerosi processi, quali l'infiammazione, la rigenerazione e l'angiogenesi tumorale. I dati prodotti da questo studio mostrano per la prima volta la possibilità di isolare ed espandere in laboratorio colture a elevata purezza di cellule endoteliali per lunghi tempi. Fino a ora esisteva un limite tecnico alle metodiche di isolamento e di espansione delle cellule endoteliali da tessuto cerebrale che inficiava la proliferazione e la purezza della coltura stessa. I diversi protocolli presenti in letteratura, infatti, permettevano di coltivare in laboratorio cellule endoteliali per poco tempo e con numerosità esigua. Da oggi, sarà quindi possibile conoscere non solo le peculiarità del sistema vascolare cerebrale umano in termini di meccanismi fisiologici di sviluppo, conservazione e invecchiamento ma anche ottenere informazioni sugli aspetti patologici delle malattie genetiche e acquisite dei vasi cerebrali

quali le malformazioni artero-venose, gli aneurismi, il moyo moyo (rara patologia che colpisce anche pazienti di età infantile-giovanile), il CADASIL (*cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*) ecc. Soprattutto, questo studio potrà dare un decisivo contributo nel capire e quindi contrastare la neoangiogenesi dei tumori cerebrali. "Avere la possibilità di testare in laboratorio la capacità di farmaci e terapie cellulari antiangiogenici sui vasi di ogni singolo paziente, quasi fosse un 'antibiogramma' - precisa **Gaetano Finocchiaro**, direttore del Dipartimento di neuro-oncologia dell'Istituto Neurologico "Carlo Besta" - consentirebbe una vera, efficace e clinicamente proponibile medicina personalizzata in neuro-oncologia. Questo approccio può essere particolarmente interessante nel trattamento del glioblastoma, il tumore cerebrale più aggressivo".



■ OSTEOPOROSI

Il paese che verrà sarà vecchio e fragile

Nell'ambito della terza edizione del progetto educativo "Stop alle Fratture" - realizzata da SIOMMMS, SIOT, SIR, ORTOMED e GISOOS - CliCon Srl ha effettuato un'indagine che stima che nel 2017 in Italia si verificheranno circa 48.000 casi di fratture di femore causate da osteoporosi severa in donne over 65 con un conseguente aggravio dei costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale (il calcolo si riferisce solo alla prima frattura e non considera le ri-fratture nel medesimo soggetto).

L'analisi ha permesso la stima del rischio di rifrattura nelle pazienti con pregressa frattura di femore, a livello nazionale e regionale e della possibile riduzione di tale rischio mediante il miglioramento dell'aderenza ai percorsi diagnostici e terapeutici raccomandati dalle Linee Guida. Sono state utilizzate le tavole ISTAT per definire la consistenza demografica della popolazione di assistibili di sesso femminile >65 anni, a livello nazionale e regionale (Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Puglia, Sicilia) e per un arco temporale di 5 anni. A livello nazionale, la percentuale di donne >65 anni è pari a circa un quarto sulla popolazione totale, in incremento dal 2012 (23.2%) al 2017 (23.8%). All'interno

della quota di donne >65 anni, inoltre, anche la percentuale di >85 anni (le cosiddette "grandi anziane") è in aumento (dal 16.7% nel 2012 al 17.3% nel 2017). Anche questo fenomeno è trasversale a livello regionale.

Secondo l'analisi condotta, il numero atteso di donne >65 anni con prima frattura del femore associata ad osteoporosi è in incremento dal 2012 (45.056 casi) al 2017 (48.115 casi), sia a livello nazionale (+6.8%) sia a livello regionale (Lombardia +8.9%, Veneto +8.3%, Toscana +6.6%, Lazio +13.1%, Puglia +10.5%, Sicilia +8.0%). Come atteso, l'invecchiamento della popolazione è risultato il principale fattore di tale incremento del numero di pazienti con fratture di femore.

In questa situazione, ipotizzando un livello di esposizione al trattamento farmacologico invariato nell'arco temporale considerato (34% delle pazienti con frattura del femore), anche il numero di rifratture risulta in incremento dal 2012 (6.317 pazienti) al 2017 (6.744 pazienti), sia a livello nazionale che a livello regionale. Diversamente, se nell'arco temporale considerato di un anno ci fosse un incremento dell'esposizione al trattamento (per il complesso delle pazienti con frattura de femore), allora il numero di rifratture risulterebbe signifi-

cativamente inferiore a quello atteso sia a livello nazionale (dai 6.744 casi attesi a 4.258 casi) sia a livello regionale (Lombardia, dai 1.135 casi attesi a 716 casi, Veneto, dai 556 casi attesi a 351 casi, Toscana, dai 477 casi attesi a 301 casi, Lazio, dai 644 casi attesi a 407 casi, Puglia, dai 430 casi attesi a 271 casi, Sicilia, dai 515 casi attesi a 325 casi).

L'analisi condotta ha evidenziato che, per effetto di un progressivo invecchiamento della popolazione (che, per definizione, è un fattore non modificabile), il numero atteso di pazienti con frattura del femore e di pazienti con rifrattura è in crescita e, con esso, i costi a carico del Ssn. In tale contesto, di conseguenza, appare opportuno insistere su quei fattori, quali la adeguata prevenzione (che, viceversa, è un fattore modificabile), associati ad un miglioramento dello stato di salute e ai costi assistenziali del paziente.

Mese della prevenzione della fragilità ossea

A partire dal 20 ottobre 2013, Giornata Mondiale dell'Osteoporosi, per tutte le donne con pregressa frattura di femore o con un rischio elevato o molto elevato di frattura sarà possibile effettuare una visita specialistica gratuita presso un Centro specializzato in osteoporosi severa. Sono 43 i Centri che hanno aderito su tutto il territorio nazionale a questa iniziativa, mettendo a disposizione oltre 800 visite gratuite.

Per maggiori informazioni
www.stopallefratture.it

■ TRAPIANTOLOGIA

Preziosi “ricambi” per le vittime di incidenti invalidanti

Sono i trapianti di tessuto muscolo-scheletrico che consentono di evitare l'amputazione di un arto e migliorano la qualità di vita di pazienti vittime di incidenti invalidanti. Questa tecnica chirurgica viene impiegata nei casi di importanti perdite ossee conseguenti a tumori o a fratture complesse, nelle ricostruzioni legamentose multiple degli sportivi infortunati e come sostituto osseo nelle revisioni di protesi d'anca e ginocchio. Pur non trattandosi di “trapianti salvavita”, consentono di curare alcune gravi patologie ossee, che diversamente avrebbero un decorso peggiore; sono da ritenersi, pertanto, interventi migliorativi. Attualmente stanno facendo registrare un numero di richieste in costante aumento, passando in Lombardia da una media di 500 operazioni annue, alle 1.800 effettuate nel solo anno 2012. In 450 casi circa, corrispondente al 26% degli interventi totali, è stato utilizzato tessuto muscolo-tendineo (tendini e menischi); l'osso nelle sue varie forme è stato invece richiesto nel 77% dei casi.

Le richieste pervengono alle Banche Regionali per la Conservazio-

ne del Tessuto muscolo-scheletrico. In Italia le sei le strutture certificate si trovano a Milano, Torino, Bologna, Firenze, Treviso e Roma. “Dalla loro introduzione, la possibilità di usufruire di preziosi ‘ricambi’ ha permesso di ampliare molto le indicazioni terapeutiche per i pazienti”, spiega **Clara Terzaghi**, responsabile medico all'interno della Banca regionale del tessuto muscolo-scheletrico della Lombardia e specialista in Ortopedia e Traumatologia presso l'Unità Operativa di Chirurgia Articolare Mininvasiva (CAM) dell'Istituto Ortopedico G. Pini. “Prima, per alcuni tipi di patologie non vi era alcuna possibilità di trattamento. Il tessuto sintetico rappresentava una possibile alternativa che tuttavia non garantiva e non garantisce al paziente lo stesso risultato”.

Diversamente da quanto avviene per gli organi, il trapianto di tessuti non contempla rischio di rigetto, poiché non è necessario che vi sia compatibilità tra donatore e ricevente. La maggior parte della popolazione non conosce queste Banche e non sa che è possibile donare l'osso e i tendini. Con una maggiore disponibili-

tà di questi tessuti, si potrebbero soddisfare meglio le crescenti richieste dei pazienti e garantire alla popolazione molti più interventi di ricostruzione. In un futuro prossimo, si possono ipotizzare interventi di ricostruzione sempre più complessi con il solo tessuto omologo.

I tessuti conservati presso le Banche vengono prelevati da donatori viventi o deceduti e possono essere elementi ossei (testa di femore) o muscolo-scheletrici (cartilagini, menischi, tendini). I criteri di inclusione, piuttosto restrittivi, sono i medesimi per entrambi i tipi di donatori. Al momento dell'arruolamento viene effettuata un'approfondita anamnesi che prevede l'esclusione di tutti i donatori con patologie gravi accertate, stati settici di natura batterica o virale, sieropositività, tumori maligni, pregressi interventi di trapianto di organi e/o tessuti, trattamenti immunosoppressivi e/o chemioterapici, malattie da prioni. Nel caso del donatore deceduto è importante che la causa di morte non sia sconosciuta e che venga effettuata l'autopsia.

Tutti i pazienti sottoposti a protesi d'anca (PTA) sono potenziali donatori: in linea teorica non c'è un limite legato all'età del donatore, ma è implicito che dopo gli 80 anni di età, soprattutto per le donne, subentra un problema di tipo osteoporotico, che potrebbe compromettere la buona qualità del tessuto.

Il nuovo documento ESH/ESC sull'ipertensione arteriosa

L'edizione 2013 delle linee guida ESH/ESC sull'ipertensione arteriosa è il risultato di un anno e mezzo di lavoro di una task force di 24 membri provenienti da varie parti d'Europa. Pubblicate su Journal of Hypertension, European Heart Journal e Blood Pressure, e presentate al 23° congresso ESH, le attuali raccomandazioni presentano diverse novità sia in ambito diagnostico che terapeutico, e anche alcune importanti conferme

Elisabetta Torretta

A distanza di 6 anni dalla precedente edizione la pubblicazione di un nuovo documento è diventata necessaria in quanto, in questo lasso di tempo, sono stati condotti molti importanti studi e sono stati pubblicati numerosi nuovi dati relativi sia alla diagnosi sia al trattamento dell'ipertensione arteriosa che hanno fatto sì che le precedenti raccomandazioni dovesse essere "rifinite", modificate e ampliate (*J Hypertens* 2013; 31: 1281-357).

► Le novità introdotte

In relazione alle nuove evidenze su diversi aspetti terapeutici e diagnostici dell'ipertensione arteriosa, le nuove linee guida contengono parecchie novità rispetto alle precedenti. Sono, infatti, presenti dati epidemiologici sull'ipertensione e sul suo controllo e viene data particolare evidenza al valore prognostico del monitoraggio domiciliare (HBPM) e del suo ruolo in ambito diagnostico, dove affianca il monitoraggio ambulatoriale (ABPM).

Si è voluto aggiornare il significato prognostico dell'ipertensione notturna, dell'ipertensione da camice bianco e dell'ipertensione mascherata. Una particolare enfasi è stata dedicata alla necessità di integrare i valori pressori, i fattori di rischio cardiovascolari, il danno d'organo asintomatico e le com-

plicazioni cliniche in modo da giungere ad una valutazione complessiva del rischio cardiovascolare totale. La revisione ha incluso anche il significato prognostico del danno d'organo asintomatico relativo a numerosi distretti: cuore, vasi, rene, occhio, SNC. Sono stati riconsiderati due parametri di rischio, il soprappeso e il target di indice di massa corporea, come anche l'ipertensione della popolazione giovane.

Altri nuovi aspetti includono la sfera terapeutica. Il primo relativo all'inizio del trattamento, dove è stata data grande enfasi alla non necessità di una terapia farmacologica nei pazienti con valori di pressione normali-alti. L'altro punto importante riguarda invece i nuovi valori target, che sono stati unificati nei pazienti sia ad alto sia a basso rischio e che, salvo poche eccezioni, vengono stabiliti in PAS <140 mmHg.

L'edizione 2013 delle linee guida è molto più specifica rispetto alla precedente per quanto riguarda il trattamento degli anziani - compresa la fascia di età degli ottuagenari - e sottolinea come il trattamento, in tutti i pazienti, debba essere guidato dalla presenza di un eventuale danno d'organo.

► Valutazione diagnostica

Un compito importante viene svolto dalle rilevazioni pressorie

effettuate al di fuori dello studio medico: il loro maggior vantaggio è che forniscono un gran numero di rilevazioni effettuate nell'ambiente del paziente e rappresentano una valutazione più affidabile dei valori pressori. Secondo diversi studi il monitoraggio ambulatorio della pressione ha un importante valore prognostico in quanto è correlato all'ipertrofia ventricolare sinistra, all'aumento dello spessore intima-media e ad altri *marker* di danno d'organo. Inoltre, rispetto alla misurazione *office*, rappresenta un predittore di rischio di eventi cardiovascolari più sensibile (morbilità coronarica, eventi fatali, ictus).

L'automonitoraggio domiciliare dovrebbe essere effettuato per almeno 7 giorni consecutivi, sia al mattino che alla sera; se associato al telemonitoraggio e all'uso di applicazioni su smartphone diventa ancora più utile, in quanto l'interpretazione dei risultati avviene sotto la guida di un medico. Il significato prognostico è strettamente legato al danno d'organo (prevalentemente ipertrofia ventricolare sinistra) e alla predittività di morbilità e mortalità cardiovascolare. Tra le indicazioni di queste due modalità di valutazione vi sono il sospetto di ipertensione da camice bianco o di ipertensione mascherata, in caso di variabilità consistente dei parametri registrati tra una visita e l'altra, presenza di ipotensione autonoma, posturale, post-prandiale, ecc.

► Ricerca del danno d'organo

Considerando l'importanza del danno d'organo asintomatico come stadio intermedio nel *conti-*

nuum della malattia cardiovascolare e come determinante del rischio cardiovascolare globale, la presenza di segni e sintomi deve essere accuratamente vagliata con le tecniche più appropriate (EGC, Doppler, frazione di filtrazione renale, microalbuminuria, spessore intima-media, *stiffness* arteriosa, indice caviglia-braccio, fondoscopia). L'osservazione che ognuno di 4 marker di danno d'organo (microalbuminuria, aumento della *pulse wave velocity*, ipertrofia ventricolare sinistra e placche carotidee) è in grado di predire la mortalità cardiovascolare, indipendentemente dalla stratificazione SCORE, è un importante argomento in favore dell'uso di questo strumento di valutazione nella pratica clinica quotidiana.

► Quando iniziare il trattamento?

Un tempestivo inizio della terapia è raccomandato nei pazienti con ipertensione di grado 2 e 3 con ogni livello di rischio CV, contestualmente o poche settimane dopo l'introduzione delle modificazioni dello stile di vita. Lo stesso dicasi quando il paziente ha un livello di rischio elevato, è diabetico, presenta malattia renale o cardiovascolare, anche nel caso fosse un'ipertensione di grado 1. Il trattamento va considerato nei pazienti ipertesi di grado 1 a rischio moderato o basso quando i valori non si modificano in seguito a un ragionevole periodo di tempo in cui siano stati adottati stili di vita corretti.

Il paziente iperteso anziano va trattato quando abbia valori di PAS ≥ 160 mmHg, mentre la te-

rapia può essere considerata in caso di valori compresi tra 140-159 mmHg, purchè si sia certi che il soggetto tolleri bene i farmaci.

È invece previsto un atteggiamento più conservatore riguardo ai pazienti ipertesi di grado 1, in quanto non sono disponibili evidenze che suggeriscano di trattarli sin dall'inizio; lo stesso vale per i soggetti giovani nei quali sia stato rilevato un innalzamento isolato della PAS, che però devono essere monitorati nel tempo per verificarne l'aderenza ai cambiamenti di stili di vita.

► Unificazione dei valori target

Con piccole eccezioni, riservate al paziente diabetico nel quale è stato fissato un obiettivo di PAD legaremente più basso o nel paziente anziano per il quale i target per la PAS sono leggermente più elevati, la nuova edizione delle linee guida ha sostanzialmente abbandonato il concetto di obiettivo flessibile in funzione delle caratteristiche del paziente (dove a un profilo di rischio più elevato corrispondeva un trattamento più aggressivo) in favore di una unificazione dei target, stabiliti in 140/90 mmHg (*tabella 1*).

► Terapia farmacologica

Si riconferma il concetto che i principali benefici del trattamento antipertensivo sono derivati dalla riduzione dei valori pressori di per sé e spesso indipendenti dal tipo di farmaco impiegato.

Le principali classi che questa

nuova edizione riconferma nella loro validità sono i diuretici (inclusi tiazidici, clortalidone, indapamide), i betabloccanti, i calcioantagonisti, gli ACE-inibitori e gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina II che possono essere impiegati in monoterapia o in associazione (tabella 2).

È però fondamentale che la scelta sia effettuata considerando le specifiche caratteristiche del singolo paziente piuttosto che indirizzarsi a un "paziente teorico medio": in altre parole devono essere le singole

Tabella 1

Linee guida ESH/ESC 2013: valori pressori desiderabili

PAS <140 mmHg

- raccomandata in pazienti con rischio CV basso-moderato
- raccomandata in pazienti con diabete
- da considerare in pazienti con precedente ictus o TIA
- da considerare in pazienti con coronaropatia
- da considerare in pazienti con diabete o con nefropatia non diabetica

Negli anziani ipertesi <80 anni con PAS \geq 160 mmHg si raccomanda di ridurre la PAS tra 150-140 mmHg

Negli anziani ipertesi <80 anni si può considerare di portare la PAS <140 mmHg se il trattamento è tollerato

Negli anziani \geq 80 anni con una PAS iniziale \geq 160 mmHg si raccomanda di ridurre i valori tra 150 e 140 mmHg

PAD <90 mmHg

è sempre raccomandata, tranne nei soggetti diabetici dove si raccomandano valori <85 mmHg

Tabella 2

Antipertensivi da preferire in relazione a specifiche condizioni cliniche

Condizione clinica	Farmaco
Danno d'organo asintomatico	
Ipertrafia ventricolare sinistra	ACE-inibitore, calcioantagonista, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Aterosclerosi asintomatica	Calcioantagonista, ACE-inibitore
Microalbuminuria	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Disfunzione renale	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Evento clinico	
Pregresso ictus	Qualunque farmaco antipertensivo efficace
Pregresso infarto miocardico	Betabloccante, ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Angina pectoris	Betabloccante, calcioantagonista
Scompenso cardiaco	Diuretico, betabloccante, ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II, antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi
Aneurisma aortico	Betabloccante
Fibrillazione atriale (prevenzione)	Considerare antagonista del recettore per l'angiotensina II, ACE-inibitore, antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi
Fibrillazione atriale, (controllo frequenza ventricolare)	Betabloccante, calcioantagonista non diidropiridinico
Malattia renale stadio terminale/proteinuria	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Arteriopatia periferica	ACE-inibitore, calcioantagonista
Altro	
Iperensione sistolica isolata (anziano)	Diuretico, calcioantagonista
Sindrome metabolica	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II, calcioantagonista
Diabete mellito	ACE-inibitore, antagonista del recettore per l'angiotensina II
Gravidanza	Metildopa, betabloccante, calcioantagonista
Etnia (razza nera)	Diuretico, calcioantagonista

situazioni a guidare la scelta del farmaco più opportuno e ciò che per un determinato paziente può a buona ragione considerarsi di prima scelta (per esempio un betabloccante in pazienti con storia di cardiopatia ischemica) non lo è in un altro paziente (per esempio un iperteso con diabete).

www.qr-link.it/video/1013



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

Identificazione del linfonodo sentinella, un nuovo gold standard?

Un nuovo metodo sperimentale mostra l'equivalenza con la tecnica del tracciante radioattivo per identificare il "primo" linfonodo ascellare sede di metastasi. La nuova metodologia prevede l'uso di un colorante biologico e viene eseguita in sala operatoria

Melchisede Bartolomei

Consigliere e Coordinatore Aggiornamento, Ordine dei Medici di Rimini - Segretario "Scuola di Etica Medica" di Rimini

Un nuovo protocollo di ricerca, validato dal Ministero della Salute, ideato e condotto dall'équipe del Dott. Domenico Samorani presso l'Ospedale di Santarcangelo di Romagna è stato presentato al 14° congresso dell'*American Society of Breast Surgeons*. Questo metodo potrebbe sostituire l'attuale gold standard per l'identificazione del linfonodo sentinella. Il protocollo mostra l'equivalenza con la tecnica del tracciante radioattivo (TC99) nel quadrante in cui la neoplasia ha sede e che consente di evidenziare il linfonodo sentinella. Le donne che devono essere operate si recano 24 ore prima dell'intervento in un centro di medicina nucleare. L'intervento si svolge quindi in due tempi. In una prima fase, viene asportato il linfonodo "colonizzato" dal tracciante radioattivo, identificato tramite un contatore Geiger. Se il linfonodo sentinella rimosso risulta metastatico si prosegue con l'asportazione di tutti i rimanenti linfonodi contenuti nel cavo ascellare. Viceversa, se il linfonodo sentinella risulta sano, si evita la dissezione ascellare e si apre la seconda fase, con la sola quadrantectomia. Con questa tecnica si è riusciti ad evitare la dissezione ascellare a 80 donne su 100.

Il nuovo metodo consiste nell'utilizzo di un colorante biologico e non radioattivo - il verde indocianina o ICG - che viene iniettato sottocute nel quadrante interessato dalla neoplasia, in sala operatoria, appena dopo l'induzione dell'anestesia generale. Stimolato da una lampada a raggi infrarossi, il colorante diventa fluorescente e si può seguire il suo percorso sottocute. In pochi minuti il colorante fluorescente raggiunge il "primo" linfonodo ascellare che si illumina, identificandolo pertanto come linfonodo sentinella. Il protocollo di studio prevede che la paziente sia sottoposta ad entrambe le tecniche, poiché si vuole dimostrare l'equivalenza del nuovo metodo con quello tradizionale. Pertanto, solo dopo aver asportato il linfonodo sentinella "fluorescente" si verifica con il contatore Geiger se lo stesso è anche radioattivo. Dopo asportazione del linfonodo sentinella "fluorescente" e radioattivo si verifica l'assenza di radioattività residua nella cavità ascellare, a riprova della completa identificazione dei linfonodi tributari della neoplasia. Una volta dimostrata l'equivalenza tra le due tecniche, i vantaggi che deriverebbero dall'utilizzo generalizzato dell'ICG potrebbero essere così

identificati: non occorre disporre di un centro di medicina nucleare; tutte le Ausl possono riprodurla; non si espone la paziente a fonti radioattive; si evita l'impatto psicologico di "manipolazioni" pre-chirurgiche; si abbatte la spesa a carico del Ssn, in quanto l'ICG costa circa 300 euro rispetto al costo della tecnica con TC99, cioè circa 1.200 euro. Senza contare i notevoli vantaggi logistici, organizzativi e personali evidenziati sopra: nella realtà aziendale dell'Ausl della Provincia di Rimini, su circa 400 pazienti operate ogni anno, si potrebbero risparmiare circa 400.000 euro. Se traslassimo questi dati a livello nazionale, si conseguirebbe un risparmio enorme, con un sostanziale aumento del livello di cura e tutela delle pazienti interessate. Per finire, i vantaggi non sembrano limitati al campo della chirurgia mammaria. In particolare, la metodica potrebbe trovare risvolti applicativi nell'ambito della biopsia del linfonodo sentinella nei melanomi e, in ogni caso, nel campo di quelle neoplasie per le quali sia indispensabile lo studio del drenaggio linfatico. Potrebbe poi essere utilizzato anche per lo studio della vascolarizzazione dei lembi muscolo-cutanei in chirurgia plastico-ricostruttiva.

Un indice semplice e poco costoso svela l'arteriopatia ostruttiva

La semplice misurazione dell'indice caviglia-braccio, poco costosa ed eseguibile anche in Medicina Generale, conferma la presenza di arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori, esprime la sua gravità, fornisce il più importante indicatore di rischio cardiovascolare e identifica pazienti che meritano una profilassi alla pari di chi ha subito un infarto

Adriana Visonà

Presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare (SIAPAV)

La diagnosi di arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori (AOP) è una diagnosi clinica, che si ottiene già con un'accurata anamnesi e un esame obiettivo approfondito, ciò che viene dichiarato molto chiaramente dalle linee guida più autorevoli sulle arteriopatie. Bisogna peraltro sottolineare che l'anamnesi può sottostimare e l'esame obiettivo può sovrastimare la presenza di AOP. Pertanto, una stima corretta che confermi la presenza di AOP necessita di un parametro, obiettivo e confrontabile, che si può ottenere misurando la pressione alla caviglia e al braccio e, facendo il rapporto tra i suddetti valori, definire l'indice caviglia-braccio (ABI). La semplice misurazione dell'ABI, poco costosa ed eseguibile anche dai Medici di medicina generale, conferma la presenza di AOP, esprime la sua gravità, fornisce il più importante indicatore di rischio cardiovascolare e identifica pazienti che meritano una profilassi alla pari di chi ha subito un infarto. Sulla rivista *Circulation* è stato pubblicato uno "Scientific Statement" dell'*American Heart Association* (AHA) sulla misurazione e interpretazione dell'indice caviglia-braccio (ABI) (Aboyans V et al. *Circulation* 2012; 126: 2890-909).

Il metodo è semplice, ma richiede un'esecuzione precisa e ripetitiva. La strumentazione minima necessaria consta di uno sfigmomanometro a bracciale di 10-12 cm da posizionare alla caviglia e un Doppler ad onda

continua (CW) per rilevare il polso alle arterie tibiali anteriori e posteriori. La rilevazione va effettuata a paziente supino, in ambiente con temperatura costante di circa 22°.

Dopo aver posizionato il manicotto dello sfigmomanometro alla caviglia al di sopra dei malleoli, vanno palpati i polsi arteriosi ai reperi tibiale anteriore e posteriore, va applicata una sufficiente quantità di gel e va quindi posizionata la sonda del Doppler CW in corrispondenza dei suddetti reperi, cercando di mantenere un angolo di insonorizzazione di 60°. Si misura quindi la pressione alla caviglia con rilevazione del polso sia all'arteria tibiale posteriore sia all'arteria tibiale anteriore di ciascun arto. Il manicotto va insufflato fino a 20-30 mmHg sopra il valore in cui scompare il segnale. Il manicotto va sgonfiato lentamente in modo da rilevare accuratamente il segnale che indica la pressione sistolica. Il valore più elevato di queste pressioni viene quindi rapportato al valore della pressione al braccio più elevata per calcolare l'ABI. Il test va eseguito prima e dopo l'esercizio fisico, per ottenere dei risultati più attendibili.

Bisogna sempre rilevare la pressione ad entrambe le braccia per evitare di calcolare l'ABI con una pressione arteriosa inferiore a quella controlaterale quale espressione di ostruzione dell'arteria succlavia omolaterale.

I valori di normalità vengono considerati quelli compresi tra 0.90 e 1.40. Con riferimento alla scelta del valore di *cut-off* ideale viene posto l'ac-

cento sull'opportunità di non considerare il valore più accettato di 0.90 come un dato assoluto ed imm modificabile, poiché la sensibilità è piuttosto variabile nei vari studi di validazione; il valore dell'ABI va contestualizzato e interpretato in relazione alla probabilità pre-test di AOP. Per esempio un range di valori fra 0.90 e 1.00 non ha lo stesso significato in una donna giovane senza fattori di rischio con dolore atipico durante la deambulazione e in un maschio sessantenne con fattori di rischio e dolore "tipico". Si consiglia dunque una valutazione più "elastica" dei valori di ABI, mai disgiunta da un giudizio clinico.

Per valori di ABI >1.40, viene raccomandata la misurazione alluce-braccio oppure tecniche non invasive di immagine, quali l'ecocolorDoppler.

► Test dopo esercizio fisico

La misurazione dell'ABI dopo sforzo risulta particolarmente utile nella diagnosi iniziale di AOP nei casi dubbi, ma non è chiaro quali criteri sono da considerare più affidabili:

gli autori che hanno redatto lo statement dell'AHA raccomandano una riduzione assoluta della pressione alla caviglia >30 mmHg oppure una riduzione relativa dell'ABI >20%. Con riferimento alla modalità dell'esercizio fisico richiesto per eseguire il test la flessione plantare ripetuta è considerata un eccellente surrogato dell'esercizio al tappeto mobile, poco praticabile in ambulatorio.

► Predittività dei valori di ABI

Una riduzione della pressione alla caviglia del 15-20% è sintomo di arteriopatia obliterante periferica. Un basso ABI è spesso associato all'aumento del rischio di ictus cerebrale e di infarto del miocardio. Con riferimento all'utilità di misurare l'ABI nel follow-up del paziente con AOP e della valutazione prognostica dei valori di ABI gli autori dello *statement* evidenziano che l'indice di progressione più affidabile sia una riduzione di ABI >0.15, che si associa ad un rischio pari a 2.5 volte di bypass e di 1.8 volte di

peggioramento dei sintomi. Di converso, l'aumento dell'ABI non assume un grande valore informativo perché non correla bene con il miglioramento clinico. Viene confermato il valore prognostico negativo di un ABI <0.50 per la successiva amputazione d'arto e il forte valore prognostico negativo di un ABI ≤0.90 per successiva amputazione nei pazienti diabetici. L'ABI non viene invece considerato di alcuna utilità nella sorveglianza dopo rivascolarizzazione.

Con riferimento all'utilità della misura dell'ABI quale marcatore di rischio cardiovascolare globale, si conferma che il *cut-off* più usato è il valore di 0.90; mancano dati sulla possibilità di identificare un gradiente di rischio in base ai valori di ABI e, questione rilevante, che il valore predittivo dell'ABI scompaia, almeno in alcuni studi, nel sesso femminile. Dobbiamo invece assolutamente sottolineare la riconosciuta importanza dell'ABI quale parte di sistemi di punteggio per la stratificazione del rischio cardiovascolare futuro nella popolazione.

THE IJPC CONFERENCES

4th GERIATRICS
IN PRIMARY CARE



Cure Primarie e Paziente Anziano

18/19 OTTOBRE 2013

VENEZIA

La riserva cognitiva contrasta l'Alzheimer

► Uno studio pubblicato su *Neurobiology of Aging* dai ricercatori dell'Università Vita-Salute San Raffaele e dell'IRCCS Ospedale San Raffaele ha dimostrato per la prima volta nei pazienti con malattia di Alzheimer che il sistema colinergico, che svolge un importante ruolo nella memoria e in tutti i processi cognitivi, viene potenziato nei soggetti con alti livelli di scolarità e occupazione ed è in grado di contrastare la neurodegenerazione. Nei soggetti con malattia di Alzheimer, sia in fase iniziale sia in fase conclamata, la biochimica del cervello è influenzata dalla riserva cognitiva e funzionale, costruita e potenziata durante tutta la vita con le attività mentali quotidiane. "È possibile che la maggior riserva biochimica, cioè il miglior funzionamento del sistema colinergico possa rallentare gli effetti della neurodegenerazione e possa essere collegata ad una miglior risposta alle terapie farmacologiche di stimolazione colinergica, attualmente gli unici farmaci utilizzati in clinica per contrastare i deficit cognitivi nella malattia di Alzheimer" (Garibotto V et al. *Neurobiol Aging* 2013; doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2013.05.020).

Obesità: il grasso aumenta il rischio osteoporosi

► I soggetti obesi che mostrano livelli più elevati di grassi nel fegato, nei tessuti muscolari e nel sangue hanno anche una quantità maggiore di grasso all'interno del

midollo osseo, un fattore che aumenta il rischio di osteoporosi. I ricercatori della Harvard Medical School di Boston hanno impiegato la spettroscopia con risonanza magnetica per valutare la presenza di grasso in 106 soggetti obesi di età compresa fra i 19 e i 45 anni. La quantità maggiore di grasso nel midollo osseo è risultata indipendente da fattori come l'indice di massa corporea, l'età e la quantità di esercizio fisico praticato. Il colesterolo HDL è risultato essere inversamente proporzionale al contenuto di grasso nel midollo osseo. I trigliceridi, infine, hanno una correlazione positiva con il grasso presente nel midollo, probabilmente perché stimolano gli osteoclasti (Bredella MA et al. *Radiology* 2013 doi: 10.1148/radiol.13130375)

La corsa al comportamento migliore di GSK

► I progressi della medicina sono ancora inaccessibili a circa un terzo della popolazione mondiale, che ad oggi rimane priva delle medicine essenziali. Uno degli attori coinvolti nella risoluzione di questo problema è rappresentato dalle aziende farmaceutiche. In questo contesto va però segnalato che GlaxoSmithKline ha ottenuto per tre volte consecutive il primo posto nella classifica *Access to Medicine*, un indice che verifica, basandosi su un cruscotto di 101 indicatori, le modalità messe in atto dalle aziende farmaceutiche per portare farmaci, vaccini, test diagnostici e altre tecnologie in 93 Paesi a basso e basso-medio reddito (*N Engl J Med* 2013; 369: 896-99).

Salute mentale femminile: a ottobre il primo open-day

► L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da.), insieme alla Società Italiana di Psichiatria (SIP), promuove il 10 Ottobre, giorno in cui si celebra in tutto il mondo la Giornata mondiale sulla salute mentale, la prima edizione dell'iniziativa "Ospedali a Porte Aperte", rivolta alle donne che soffrono di disturbi psichici, neurologici e del comportamento. In circa 70 ospedali aderenti al progetto, gran parte dei quali appartenenti al Network Bollini Rosa, sarà possibile sottoporsi a visite ed esami gratuiti o ricevere materiale informativo. Obiettivo dell'iniziativa è quello di sensibilizzare la popolazione nei confronti di un tema, come quello dei disturbi mentali femminili, che rappresenta uno dei più gravi problemi di salute pubblica. Tutte le informazioni sono disponibili sul sito www.bollinirosa.it, telefonando allo 02/29015286 o scrivendo una email a openday@ondaosservatorio.it.

Corso di aggiornamento medico Ferratini

► Giunto alla 53ª edizione il Corso Ferratini prevede quest'anno 18 eventi, validi ai fini ECM, che si svolgono da ottobre 2013 a maggio 2014. I relatori dei singoli eventi sono in prevalenza docenti della Scuola Medica dell'Università di Bologna e gli argomenti sono correlati a tematiche professionali a prevalente carattere clinico. Per maggiori informazioni si può consultare il sito www.corsoferratini.it.