

# M.D.

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

Anno XX, numero 11 - 15 ottobre 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

### TRIBUNA 10

**La babele sull'assistenza primaria e la mutazione della medicina generale**

### RASSEGNA 20

**Aggiornamento sul rene policistico nell'adulto**

### INDAGINI 24

**Allarme adolescenza: è precoce, incauta e disinformata**



**Adolfo Bertani**

*Presidente Cineas*

**Responsabilità medica e obbligo assicurativo:  
la ricerca di una soluzione condivisa**

# Il diritto alla salute e la politica dell'ossimoro

## 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  
EDIFORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



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

**È** vero che il linguaggio della politica ha dei suoi codici, dei *modus dicendi* e che necessita di coniare continui neologismi per evocare fatti, avvenimenti e scelte difficilmente definibili. Se dovessimo indicarne una peculiare caratteristica, di certo collocheremo l'utilizzo degli ossimori come la quintessenza del politichese.

Le "convergenze parallele" sono sicuramente l'espressione più celebre, passata agli annali della storia del linguaggio politico del nostro Paese, utilizzata da molti come esempio dell'idioma enigmatico dei politici della prima Repubblica. Ma non è proprio così. Il ricorso agli ossimori è ancora preponderante come strumento politico del dire e non dire, dell'occultare scelte talvolta ai limiti del dettato costituzionale. Scelte in antitesi con leggi che rappresentano pietre miliari nella storia del welfare degli Stati occidentali, come per esempio, la legge n. 833 che ha dato vita al nostro Servizio sanitario nazionale. Proprio per questo motivo si sono sollevate una serie di critiche sul linguaggio utilizzato nella nota di aggiornamento del Documento di Economia Finanziaria (DEF) 2013 che, in Commissione Affari Sociali, è stato definito "ottocentesco".

Nella nota infatti si afferma la necessità di ripensare ad *"un modello di assistenza finalizzato a garantire prestazioni non incondizionate, rivolte principalmente a chi ne ha effettivamente bisogno"* e si continua spiegando che *"il sistema sanitario dovrà essere sempre più selettivo"*. Non è per mettere i puntini sulle "i", ma la "sanità selettiva" viene da lontano ed è figlia, linguisticamente parlando, di un altro ossimoro, quello dell'universalismo selettivo, coniato negli anni '90 dalla Commissione Onofri - nata proprio per ridisegnare il nostro welfare all'alba del terzo millennio - e ripreso nel famoso Libro Bianco dell'ex ministro del welfare Maurizio Sacconi. Quindi, secondo il DEF, il sistema sanitario prossimo venturo sarà *"sempre più selettivo"*; in questa locuzione non c'è solo una declinazione di futuro, ma di presente: quel *"sempre più"* altro non dice che l'attuale sistema sanitario pubblico ha già da tempo perso le sue caratteristiche fondanti di equità e universalità.

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

# Responsabilità e obbligo assicurativo: alla ricerca di soluzioni condivise



La FNOMCeO chiede una legge organica e nel frattempo il Tavolo Cineas, che ha riunito rappresentanti delle strutture sanitarie, delle associazioni mediche e delle compagnie di assicurazioni, presenta un vademecum pratico per stipulare il contratto di RC professionale, obbligatorio da agosto 2014

► **Anna Sgritto**

La proroga di un anno per l'entrata in vigore dell'assicurazione obbligatoria per i medici e professionisti della sanità è un'occasione importante per portare avanti la discussione tra le parti e trovare una soluzione normativa condivisa sul rischio clinico che tuteli tanto i medici quanto i pazienti. Ne è convinto **Adolfo Bertani**, presidente di Cineas - il consorzio universitario *non profit* che ha la finalità di diffondere cultura e formazione specialistica su

tutte le tematiche relative alla gestione dei rischi nell'ambito, finanziario, industriale e sanitario. Intervistato da *M.D.* durante il recente Convegno: *"Le assicurazioni in sanità: una soluzione condivisa è possibile"*, svoltosi al Politecnico di Milano, ha tenuto a precisare che per uscire dalla situazione di stallo in cui si è precipitati è necessario fare sistema. "Proprio con questa finalità - sottolinea Bertani - è nata l'iniziativa di far sedere intorno ad un tavolo rappresentanti delle isti-

tuzioni sanitarie, associazioni mediche e compagnie di assicurazioni per redigere una serie di proposte sull'assicurabilità in ambito sanitario e RC professionale da sottoporre alle istituzioni". Solo così si può affrontare quella che Bertani definisce una vera e propria emergenza sanitaria: "La spesa sanitaria è insostenibile - ha precisato il presidente di Cineas - la maggior parte degli ospedali italiani non sono assicurati, i cittadini non sono tutelati, i medici sono in trincea e le assicurazioni in fuga: siamo di fronte ad una vera e propria emergenza in ambito sanitario. Questo sistema scontenta tutti: occorre invertire tendenza e mettersi al lavoro, anche tra parti contrapposte, per trovare le giuste soluzioni e riportare la sanità in un circolo virtuoso". E, entrando nel merito della normativa che introduce l'obbligo assicurativo, ne evidenzia un *vulnus*: "In questo momento la legge che sancisce l'obbligatorietà assicurativa manca totalmente del concetto di reciprocità. Solo il medico è obbli-

## La normativa

L'obbligatorietà di una polizza assicurativa RC professionale per i professionisti della sanità, medici inclusi, è stata sancita dalla legge 148/2011 che ha convertito il D.L. 138 del 13 agosto 2011 (art 3, punto 5, lett. e), fissando al 13 agosto 2013 la data ultima per mettersi in regola. Data che poi è stata prorogata di un anno. A ciò si deve aggiungere quanto disposto dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, cosiddetta legge Balduzzi che, in tema di RC professionale medica entra nel vasto ambito della colpa in generale e di quella professionale in particolare. Si tratta di tematiche su cui da tempo si dibatte, sia in ambito medico sia istituzionale. Per facilitare l'accesso alle polizze, il decreto Balduzzi prevedeva l'istituzione, entro il 30 giugno, di un Fondo nazionale il cui decreto di attuazione è ancora lettera morta.

gato ad assicurarsi, mentre le compagnie assicuratrici non sono obbligate a farlo. Se non si interviene su questo punto, è facile immaginare uno scenario in cui saranno poche le compagnie che vorranno accollarsi il rischio e i medici dovranno ripiegare su polizze dai costi inaccessibili o a polizze apparentemente abbordabili, ma prive di reale copertura. Nei mesi scorsi il Tavolo Cineas Assicurazione e Sanità ha formulato alcune proposte, tra cui la diffusione della figura dell'*hospital risk* e l'obbligo di studio del *risk management* anche nella facoltà di medicina. Ha, inoltre, posto l'accento sulla necessità di introdurre misure per disincentivare il ricorso al sistema penale, come leva per ottenere risarcimenti, depenalizzando la colpa lieve".

### ► Il medico di medicina generale

Si tratta di misure indispensabili, secondo Bertani, per alimentare quel rapporto di fiducia tra medico e paziente che si è deteriorato e che ha generato le distorsioni che sono sotto gli occhi di tutti e di cui è testimone il continuo ricorso alla medicina difensiva.

"Per quanto concerne le polizze assicurative - puntualizza il presidente di Cineas - ritengo sia molto importante focalizzare l'attenzione sui medici di medicina generale, la cui attività sta diventando ogni giorno più complessa e il cui futuro professionale sarà sancito sempre più dalle forme associative e dal lavoro di équipe sul territorio. È necessario fornire a questi professionisti delle informazioni chiare e precise su come assicurarsi, tenendo in debito conto il loro profilo professionale. Attraverso la stesura delle *Indicazioni sulla scelta della polizza responsa-*

*bilità civile professionale per operatori sanitari* - un *vademecum* per medici e personale sanitario che chiarisce le definizioni tecniche, fornendo strumenti per stipulare consapevolmente il contratto di RC professionale - si è cercato di fornire al medico una serie di informazioni per riuscire a maneggiare un sistema complesso. Questo *vademecum* può essere di grande utilità per il Mmg perché, in qualità di libero professionista se pur parasubordinato, deve farsi carico in prima persona della sua tutela assicurativa e deve crearsi una competenza specifica".

### ► Le proposte della FNOMCeO

La FNOMCeO al tema della responsabilità professionale e assicurazioni ha dedicato a fine luglio un Consiglio Nazionale straordinario in cui ha sottolineato che la sicurezza delle cure e la prevenzione del rischio connesso alle attività mediche e sanitarie non possono prescindere da "una visione, sistematica e sistemica, dei molteplici determinanti che concorrono a definire la complessità del fenomeno e impongono, ai vari livelli di responsabilità, l'individuazione di coerenti e armoniche soluzioni". Proprio per questi motivi la Federazione si è fatta promotrice di iniziative legislative organiche in materia di responsabilità professionale finalizzate a: garantire la sicurezza delle cure; ridefinire i diversi profili di responsabilità penale e civile; affrontare la questione delle assicurazioni e dell'obbligo assicurativo. In merito alla sicurezza delle cure, il presidente della FNOMCeO **Amedeo Bianco** nella sua relazione ha puntualizzato: "(...) il fattore umano, di per sé non infallibile, è spesso l'ultimo anello di una catena per cui

si può solo virtualmente tendere ad un'organizzazione di servizi o ad attività mediche e sanitarie libere da errori o a rischio zero". Proprio per questo è necessario continuare a investire sempre più in una 'Cultura della Sicurezza' che prenda in considerazione molteplici fattori, a partire da una individuazione e 'mappatura dei rischi', per arrivare alla raccolta e all'analisi delle segnalazioni di incidenti nel momento in cui si manifestano, ma anche alla raccolta e all'analisi *ex post* dei reclami e del contenzioso, per un'identificazione delle fonti di errore. In merito ai profili penali e civili della Responsabilità professionale Bianco ha infatti precisato: "(...) Non servono interventi settoriali, correzioni di parti del corpo delle Leggi, ma occorre responsabilmente riformare e riequilibrare per via legislativa l'intero sistema della responsabilità del medico e sanitaria, integrando i codici vigenti con specifiche disposizioni normative". Altro passaggio saliente è quello inerente alle assicurazioni e all'obbligo assicurativo: "In un difficile contesto di matrice giuridica e di mercato (...) si sta avvitando una spirale di costi e di incertezze assicurative che oggi sta letteralmente strangolando settori di attività libero-professionali gravati da elevati rischi di risarcimento (...)". Occorre dunque: "(...) cambiare le condizioni per consentire un accesso equo e sostenibile alle coperture assicurative".

[www.qr-link.it/video/1113](http://www.qr-link.it/video/1113)



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

# Meno oneri burocratici impropri ai Mmg per un'assistenza primaria più efficiente

È questo uno dei “suggerimenti” del IX Rapporto Sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma, realizzato dal *Centre for Economic and International Studies* (Ceis) e dal Consorzio per la ricerca economica (Crea)

**D**ata l'esigenza di una profonda riorganizzazione dell'assistenza primaria, vanno rivalutati i carichi di lavoro dei medici di medicina generale attraverso un ripensamento complessivo degli incentivi e la possibilità di rendere più efficiente il servizio, rimuovendo oneri “burocratici”. Questo è uno dei suggerimenti che ritroviamo nel IX Rapporto Sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma, realizzato dal Ceis e dal Crea, presentato di recente a Roma. Il Rapporto, fotografa il nostro Ssn analizzando la spesa, i finanziamenti e gli investimenti del comparto sanità e segnala le priorità che il sistema dovrebbe affrontare affinché possa mantenere la sua “sostenibilità” e risolvere ritardi e problemi ormai storici. E visto che la spesa sanitaria italiana - considerando sia la componente pubblica sia privata - è tra le più basse d'Europa: quasi il 24% in meno rispetto alla media dei principali Paesi UE, ulteriori tagli risultano insostenibili per la tenuta del sistema. Quindi, secondo quanto suggerito dal Rapporto, è necessario:

1. Non ridurre ulteriormente il finanziamento pubblico
2. Sostenere gli investimenti pubblici pluriennali e in particolare quelli in prevenzione primaria, puntando molto su corretti stili di vita
3. Ripensare il sistema non accantonando frettolosamente l'ipotesi dei

ticket, che però andrebbero profondamente riformati

4. Integrare la non autosufficienza nel Ssn ad iniziare dalle indennità di accompagnamento

5. Promuovere politiche assistenziali rispettose della competitività industriale

6. Definire le politiche industriali nazionali nel settore della salute.

Scendendo nel particolare, per quanto concerne lo sviluppo dell'assistenza primaria, suggerisce una rivisitazione degli incentivi del settore.

## ► La medicina generale

A tale proposito si sottolinea di rivalutare i carichi di lavoro dei medici di medicina generale e si analizzano le diverse tipologie di contatto di questo professionista. “I contatti con il Mmg - si legge nel Rapporto - possono concretizzarsi in cinque differenti tipologie: richiesta farmaci/prestazioni; telefonata paziente diretta/indiretta; visita ambulatoriale; visita domiciliare diretta/indiretta; altro. È evidente che ciascuna fattispecie richiede un impegno diverso; una telefonata o una semplice prescrizione, ad esempio, possono richiedere pochi minuti (circa 5), diversamente da una visita ambulatoriale per la quale il medico di medicina generale può impiegare almeno 15-20 minuti, o da una visita domi-

ciliare, che può richiedere anche 30-40 minuti. Per tenere conto di quanto sopra è stato attribuito un peso ad ogni tipologia di contatto. In base alla simulazione, la distribuzione del carico di lavoro del Mmg risulta profondamente diversa da quella che si poteva immaginare utilizzando i contatti complessivi ‘grezzi’. Solo per la fascia di età  $\geq 85$  il risultato conferma un elevato assorbimento di risorse. Il dato più sorprendente è quello relativo alla quota ingente di contatti che si concentrano tra le fasce di età più giovani, in particolare nella fascia 25-34; il dato è rimasto invariato nel corso degli ultimi anni, mostrando sempre una maggior concentrazione dei contatti nelle fasce di età comprese tra i 15 e i 44 anni. Negli ultimi due anni (2010 e 2011) si registra un numero più elevato di contatti; interessante, altresì, osservare come il maggior numero dei contatti si distribuisca nelle fasce di età più giovani (15-44 anni), con un picco nella fascia 25-34 anni, con circa 338 contatti registrati nel 2011. Nelle fasce anziane i contatti sono frequenti, ma spesso ‘poco impegnativi’, essendo sostanzialmente legati a necessità burocratiche come la ripetizione delle ricette. Questo implica un ripensamento complessivo degli incentivi e la possibilità di rendere più efficiente il servizio rimuovendo oneri burocratici impropri”.

# Tagli alla guardia medica in Abruzzo tra contestazioni e precisazioni

*Non convincono le dichiarazioni del presidente Chiodi che la rimodulazione delle sedi di guardia medica, sancita con decreto regionale, è propedeutica al potenziamento della continuità assistenziale sul territorio*

Il decreto di fine agosto con cui la Regione Abruzzo ha riorganizzato le circoscrizioni di guardia medica non ha avuto le reazioni sperate dal presidente della Regione e Commissario *ad acta* per la sanità, **Gianni Chiodi**. Sono stati considerati troppi e inappropriati i punti di guardia medica cancellati sul territorio. In particolare le polemiche sono scoppiate per i tagli nella Asl di Lanciano-Vasto (Chieti) e il decreto è stato fortemente contestato dai consiglieri regionali dell'opposizione perché tale provvedimento non solo lascerebbe sguarnite le sedi dislocate in territori montani ed in zone disagiate, ma sarebbe in antitesi con il protocollo di intesa sottoscritto in precedenza dalla Regione con i sindacati dei medici di medicina generale. Un'intesa che prevedeva, per la guardia medica, uno standard di rapporto tra sedi e popolazione assolutamente difforme da quanto sancito dall'atto commissariale.

## ► Le precisazioni della Regione

Il governatore ha risposto alle critiche ricordando che la rimodulazione delle circoscrizioni di guardia medica è stata determinata dalle singole aziende sanitarie regionali con il parere favorevole del Comitato ristretto dei sindaci e sottolineando che con tale rimodulazione verrebbe potenziata la continuità assistenziale. Al riguardo Chiodi ha tenuto a precisare che la continuità assistenziale è tenuta nel debito conto dalla struttura commissariale in quanto rappresenta la vera sentinella dello stato di salute dei cittadini soprattutto nelle aree interne.

Per quanto poi concerne lo *standard* di rapporto tra sedi e popolazione, il presidente Chiodi ha tenuto a evidenziare che: "La delibera regionale ha previsto una diversa organizzazione dei presidi di guardia medica in base alle indicazioni del rapporto ottimale medico/residenti. Infatti, precedentemente, nell'Alto vastese il rapporto era di un medico per 883 residenti, mentre l'attuale rideterminazione è nettamente al di sotto dello standard ottimale regionale (1/3.500) e ancor più di quello nazionale (1/5.000). Inoltre il responsabile del distretto sanitario dell'Alto vastese ha evidenziato che la media delle prestazioni quotidiane erogate dalle sedi di guardia medica esistenti in quell'area è addirittura pari a solo 3.6 prestazioni giorno-



**Gianni Chiodi**  
 Presidente della Regione Abruzzo e Commissario *ad acta* per la Sanità

liere". "Da qui - ha spiegato il Commissario *ad acta* per la sanità - è nata la necessità di riorganizzare i servizi e le prestazioni offerte puntando a rafforzare tutte le attività esistenti nelle aree distrettuali a garanzia proprio della continuità assistenziale con prestazioni che potranno essere erogate non solo nelle ore notturne e nei festivi, ma anche nelle ore diurne (h12/24). Con questo nuovo progetto si dovrebbe integrare parzialmente il decreto e quindi completare la risposta al bisogno di salute dei cittadini dell'Alto vastese e dell'intero territorio interno regionale". Il governatore ha poi assicurato che la continuità assistenziale avrà comunque il pieno supporto logistico-organizzativo della rete emergenza-urgenza per fare sistema e tutelare al meglio il fabbisogno assistenziale soprattutto nelle aree interne e svantaggiate.

#### ► La sanità a chiamata

A cercare di dirimere le polemiche e le contestazioni sui tagli alla guardia medica è intervenuto anche il consigliere regionale **Antonio Prospero** di Rialzati Abruzzo:



"Ci siamo subito attivati - ha tenuto a precisare - perché, contestualmente al provvedimento, si studiasse un progetto alternativo, magari sperimentale, che avesse l'ambizione di portare la sanità direttamente nelle case dei pazienti. Il progetto a cui si sta lavorando verte su una sorta di sanità a chiamata, per evitare disagi soprattutto alle popolazioni dei centri interni con pochi abitanti". Ma l'alternativa formulata dal consigliere regionale è stata repentinamente contestata dall'opposizione.

**Lucrezio Paolini**, capogruppo Idv in Regione ha dichiarato: "la proposta di una sanità a chiamata è quella che porterà irrimediabilmente i cittadini a gridare aiuto prima di ricevere assistenza".

#### ► La contestazione continua

Le dichiarazioni del governatore Chiodi sono state riprese dai vari organi di stampa e sono state pubblicate anche da *Fimmg Notizie* ([www.fimmgnotizie.org](http://www.fimmgnotizie.org)). **Sandro Campanelli**, segretario regionale Fimmg Continuità Assistenziale-Abruzzo, ha replicato, alla notizia pubblicata, inviando una lettera *Fimmg Notizie* in cui ha tenuto a precisare che i fatti stanno diversamente da quanto dichiarato dal presidente della Regione. "Le dichiarazioni di Chiodi - scrive Campanelli - potrebbero ingenerare nei colleghi l'idea che sia stata trovata la quadra di un problema angosciante, ma non è così". E, entrando nel merito, ha precisato che le sedi di guardia medica che verrebbero chiuse nella Regione sono 20: 7 nella Asl Chieti; 2 nella Asl di Pescara; 7 nella Asl di Teramo; 4 nella Asl L'Aquila specificando che le sedi di L'Aquila città

vengono depotenziate (da 3 a 2 medici di turno) insieme a quella di Avezzano che passa da 2 a 1 medico di turno. "Le considerazioni che si possono fare - scrive il segretario regionale - sono diverse e sono tutte amare. L'Abruzzo ha il 76.6% di territorio montano in cui risiede il 36.2% della popolazione. Spesso, in tali territori, l'unico presidio medico nelle ore notturne e festive è costituito dalla guardia medica, che risponde al bisogno soprattutto di anziani e pazienti fragili che vi risiedono". "La politica - conclude Campanelli - deve fare delle scelte. In Abruzzo oggi ha deciso di togliere servizi ai territori montani chiudendo le guardie mediche e mettendo in mobilità circa 88 medici; da anni sottofinanzia la medicina generale; ignora nei propri documenti la legge Balduzzi con tutti gli obblighi che ne conseguono. Questi i fatti. Il mio auspicio è che questa stagione termini e che si torni presto alla ragionevolezza del confronto e delle scelte nell'interesse dei cittadini". Ma il segretario regionale in merito alla riorganizzazione delle circoscrizioni di guardia medica ha usato toni molto più duri in una dichiarazione rilasciata agli organi di stampa locali: "Non mi risultano chiusure di Asl e mobilità per i direttori generali, amministrativi, sanitari, funzionari, portaborse e così via". Per Campanelli una alternativa a questa scelta era possibile, sarebbe bastato: "Razionalizzare tutto ciò che non è operativo, privilegiando il personale, i servizi, le sedi che erogano assistenza, ma per far questo - ha sottolineato - dovrebbero esserci dei politici che non si nascondono dietro piano di rientro e sub-commissari".

# La babele sull'assistenza primaria e la mutazione della medicina generale

*Tutti gli attori della sanità formulano impeccabili dichiarazioni di principio, sostenendo che è ora di travalicare l'ottica della contingenza, ma alla resa dei conti propongono soluzioni tanto provvisorie quanto pasticciate*

**Carlo Iannotti**  
 Medico di medicina generale  
 Benevento

**A** quasi tredici anni dalla riforma costituzionale del Titolo V siamo passati da uno a ventuno servizi sanitari diversi che garantiscono solo livelli difformi di assistenza, di spesa e di retribuzioni.

A proposito di soluzioni, tutti gli attori della sanità formulano impeccabili dichiarazioni di principio, sostenendo che ormai è ora di travalicare l'ottica della contingenza, ma poi propongono soluzioni tanto provvisorie quanto pasticciate. Non penseremo certo di affrontare i problemi alla radice con l'h24, Ucp o Aft o con i team territoriali, la cui costruzione somiglia più ad un esercizio di ingegneria intellettuale che a una realtà implementabile. Un tale pasticcio di compiti, funzioni e ruoli che - al di là degli illusori benefici - realizzerebbero solo un supermercato dove la sanità somiglierebbe sempre più ad una babele.

Se i modelli organizzativi dell'assistenza primaria debbono essere coerenti con gli obiettivi preposti, prima di archiviare definitivamente il vecchio modello di medicina generale (MG) bisognerebbe concordare sugli obiettivi del nuovo modello da costruire. Bisogna allora convincersi che cronicità ed urgenza non sono la *mission* della medicina generale. La *mission* che ha decretato l'innegabile successo del vecchio modello di medicina ge-

nerale *made in Italy* è quella più ordinaria, ma non meno importante ed efficace, della "assistenza longitudinale e delle cure continue basate su un rapporto fiduciario costruito nel tempo sulla figura di un consulente unico" (E. Mola - Smi).

Se la medicina generale non riesce più a dare le risposte adeguate che un tempo dava alla domanda di salute del territorio, come potrebbe farsi carico di ulteriori compiti e funzioni quali quelle proposte per "urgenza e cronicità"? La medicina generale, poi, non potrà mai competere con l'ospedale per la gestione della vera emergenza/urgenza e la chiusura di molte sperimentazioni regionali ne sono la prova evidente.

La carenza di una dotazione tecnologica di base e le figure specialistiche limitate per tipologia ed ore di presenza ne farebbero solo una brutta copia delle vere strutture di urgenza/emergenza. Né i medici di medicina generale hanno, onestamente, la cultura e l'esperienza per praticare una efficace urgenza/emergenza. È inutile, oltre che demagogico, far credere che le Ucp o le Aft possano ridurre, per via della disponibilità oraria e della multi-professionalità, peraltro solo futuribile, i codici verdi/bianchi intercettando una parte di quelli che attualmente affollano in modo improprio Pronto soccorso. Bis-



gna anche avere il coraggio di dire che questi codici sono attratti in Pronto soccorso per l'esorbitante offerta di prestazioni tecnologiche, in tempi rapidi, senza code agli sportelli, incombenze burocratiche varie e pagamento di ticket. È la classica induzione della domanda da parte dell'offerta, di cui poi le strutture di Ps sono le prime a pagare gli effetti in termini pratici di sovrappollamento, auto-indotto ed inconsapevole, in un classico effetto perverso sistemico. Il problema perciò non si risolve mutando la medicina generale in continuità assistenziale h24. Perché di questo in realtà si tratta. Quanto alle gestione delle cronicità, invece, bisognerebbe avere il coraggio di dire che la paventata emergenza, discendente dall'allungamento della vita media, è un problema di natura socio-assistenziale e, perciò, un problema di *welfare* più che un problema sanitario. Non si possono più avalare proposte elaborate nella cornice di questa confusa visione di cronicità ed emergenza. Non possiamo più permetterci l'incapacità di maturare e non scegliere una visione coerente della sanità. È ora di osare e proporre un radicale cambiamento.

### ► Confusione e paradossi

Quello che emerge dalle numerose proposte configura una vera e propria babele. C'è chi invoca per la medicina territoriale il riconoscimento di status di "piccola impresa *start up*" per accedere ad agevolazioni fiscali, detassazioni, detrazioni, incentivi, dimenticando che tutto ciò tanto mal si accorda con una visione pubblica

di sanità. Molte sono le domande che sorgono al riguardo. In primo luogo, il medico non ha nel suo bagaglio competenze manageriali. E se non le acquisisse sul campo cosa accadrebbe alla sua impresa *start up*? Come si concilia la gestione dell'impresa con la *mission* di cura dei suoi assistiti? E che dire dell'associazionismo forzato tra medici "imprenditori"? Si è mai sentito parlare di imprenditori che non scelgono i propri "soci"? Come si può immaginare una cooperazione tra pari, in assenza di un coordinatore istituzionale? E se i medici di medicina generale si autogestissero verrebbero forse abolite le aziende sanitarie? Verrebbero liberate risorse con la dismissione di quel personale che non avrebbe più nemmeno una formale ragione di esistere? La verità è che non si può più tentare di conciliare l'inconciliabile. Considerate le condizioni disastrose nelle quali versa la sanità italiana, bisognerebbe avere il coraggio di dire apertamente che è ormai tempo di scegliere tra una Sanità pubblica e una Sanità privata senza tergiversare con pronunciamenti di assistenza selettiva e esigenza di sanità integrativa.

Virare sul privato, non dimentichiamolo, ha già riguardato altri comparti pubblici come "Poste" e "Ferrovie": quando la politica ha finito di saccheggiare irreversibilmente un settore lo ha dismesso al privato. Certo con una sanità che rappresenta dal 70 al 80% per cento del Pil regionale sarà difficile che la politica "molli l'osso". Senza considerare l'enorme potenzialità di controllo del territorio che offre la gestione della sanità pubblica. Come potrebbe-

ro i propositi "autocontrollo ed autogoverno", che ben si accordano con un modello di Sanità privata, sposarsi con la "rendicontazione" che è proprio del modello di Sanità pubblica? Non è più il tempo di alimentare la crescita di mostri burocratici che dovrebbero impiegare tutte le proprie energie e risorse per autogestire il proprio funzionamento (e finanziamento) quanto piuttosto l'ora di salvaguardare la *mission* della medicina territoriale che è quella di assistere il cittadino ammalato.

Nelle condizioni attuali è del tutto fantasioso pensare ad un modello secondo il quale il futuro dei Mmg dovrebbe consistere nel cercare, pagare e gestire organizzare a proprie spese dei locali di gruppo dove gestire h12/16/24 una ventina di medici, inclusi gli addetti alla continuità assistenziale, in cui surrogare ogni genere di attività medica: assistenza ordinaria, a domiciliare, specialistica, urgenza, emergenza, oltre ad attività di formazione ed affiancamento dei giovani medici, senza contare le attività di *governance* oggi demandate alle Asl quali il coordinamento del territorio, ivi incluse le valutazioni di *performance* attraverso un collegio del territorio. Non si dimentichino, infine le incombenze imprenditoriali con i costi di acquisto, gestione e manutenzione di: strumenti diagnostici, locali, arredi, computers, reti, sistemi informatici, ecc.

Come se non bastasse questa ingestibile babele è stata considerata una opportunità utile a dissipare "la confusione tra chi ha responsabilità dirette assistenziali e chi si occupa di committenza".

# Centri di Assistenza Primaria, la via piemontese per riorganizzare il territorio

*Inaugurato di recente nell'Asl TO3 il nuovo Centro di Assistenza Primaria (Cap) presso il Presidio Sanitario di Avigliana, il secondo nella Regione dopo Arona*

**P**er riorganizzare l'assistenza territoriale, c'è chi punta sulle Aft (Associazioni Funzionali Territoriali) come la Toscana e chi, come il Piemonte, sui Cap (Centri di assistenza primaria), procedendo speditamente nella loro sperimentazione. È infatti recente l'inaugurazione di un nuovo Cap presso il Presidio Sanitario di Avigliana (Asl TO3), il secondo dopo quello di Arona. L'assessore regionale alla Tutela della Salute, **Ugo Cavallera**, durante l'inaugurazione ha tenuto a precisare che: "l'avvio del Cap di Avigliana si inserisce come collegamento tra i servizi dei Mmg e i servizi dei medici specialistici, fornendo prestazioni ambulatoriali e completando l'offerta di servizi sul territorio di competenza dell'Asl TO3. Ora dobbiamo adeguare la struttura alla nuova configurazione dei servizi. Per quanto riguarda la continuità assistenziale, la Asl TO3 garantirà - sulla base delle indicazioni ricevute - un'adeguata disponibilità di posti ricorrendo anche ai soggetti convenzionati". Per questo servizio la Asl ha reperito i primi 24 Mmg che hanno aderito alla sperimentazione e che avranno il supporto del personale sanitario e dei medici che già operavano presso la locale Divisione di Medicina e presso la Direzione Sanitaria di Avigliana.

## ► Un tassello della riforma sanitaria

La riorganizzazione della rete territoriale è infatti un obiettivo strategico del Piano socio sanitario della

Regione Piemonte e i Centri di Assistenza Primaria, secondo quanto sottolineato dal presidente della Regione Piemonte, **Roberto Cota**, rappresenterebbero un tassello fondamentale del riordino della sanità regionale.

Secondo le dichiarazioni del Presidente della Regione, infatti, i Cap sono uno dei punti qualificanti e portanti della riforma sanitaria. "Da un lato infatti c'è la riorganizzazione e l'efficientamento dei numerosi presidi ospedalieri nelle diverse province del Piemonte secondo il principio dell'intensità di cura e della 'rete' - ha dichiarato Cota - dall'altra puntiamo ad un potenziamento della sanità di territorio e cioè ad un rilancio del lavoro e dalla funzione di medici di famiglia e pediatri, che sono e dovranno sempre di più essere il fiore all'occhiello della sanità piemontese. Proprio per questo motivo abbiamo pensato all'istituzione dei Cap, veri e propri centri medici polifunzionali a cui il cittadino potrà far riferimento per più ore al giorno e per una ampia serie di servizi e prestazioni sanitarie. In questo modo sarà possibile offrire su tutto il territorio del Piemonte una più efficace cura dei nostri cittadini ed anche un utile 'filtro' rispetto all'accesso, molto spesso improprio, alle strutture ospedaliere. Questo è il modello di una sanità moderna ed efficiente, che all'appropriatezza della cura affianca un razionale uso delle risorse e dei servizi".

# BPCO, patologia sempre più femminile

*Si stima che entro il 2020 la BPCO subirà un incremento del 130% nella popolazione femminile. Inoltre, a parità di esposizione al fumo, le donne con BPCO presentano un rischio più elevato di danno polmonare, un maggiore grado di dispnea e un declino più accentuato della funzionalità respiratoria. Nonostante queste evidenze, nelle donne la malattia risulta ancora sottodiagnosticata*

**Anna Maria Moretti**

Direttore

UO Malattie dell'Apparato Respiratorio  
Policlinico di Bari



**L**a BPCO nel 2020 rappresenterà, secondo le stime, la terza causa di morte nel mondo, guadagnando una posizione rispetto ad oggi e la prevalenza della malattia avrà un incremento nella popolazione femminile del 130%, rispetto al 50% degli uomini.

Attualmente, a livello mondiale, il 14% degli uomini e il 6% delle donne di età superiore ai 45 anni presenta un'ostruzione bronchiale cronica moderata-severa, ma da almeno un decennio si registra un incremento della BPCO tra le donne che porterà verosimilmente ad un sorpasso rispetto al sesso maschile, con un tasso più elevato di mortalità.

## ► Cause: fumo al primo posto

La causa principale di questa condizione è la sempre maggiore diffusione, nella popolazione femminile, dell'abitudine tabagica, il principale fattore di rischio per lo sviluppo della BPCO. L'OMS conferma che nel mondo il tabagismo è in costante aumento (ad oggi, i fumatori sono oltre 1 miliardo) ma, almeno nei Paesi occidentali, tale incremento è legato in buona misura alla diffusione di tale abitudine tra le donne. Un'indagine condotta in Italia nel 2009 ha rilevato che, rispetto all'anno precedente, le fumatrici sono passate dal 18% a oltre il 22%. Gli effetti negativi del fumo si manifestano in maniera più rilevante nelle donne, con evidenza di un'insorgenza precoce della BPCO e di

maggiore gravità di malattia. Inoltre, a parità di esposizione al fumo, le donne con BPCO hanno un rischio più elevato di danno polmonare, un grado maggiore di dispnea ed una qualità di vita peggiore rispetto agli uomini. Studi condotti su pazienti affetti da BPCO, hanno dimostrato che le donne presentano un declino più accentuato della funzione respiratoria (in particolare, del VEMS con valori medi nelle donne pari al 48.7% rispetto al 55.8% degli uomini), oltre che uno stadio più grave di patologia (è presente uno stadio GOLD 3 e 4 nel 41.7% delle donne rispetto al 31.1% degli uomini).

Dato di notevole rilevanza è che circa il 15% dei soggetti BPCO non riferisce abitudine tabagica e la maggior percentuale dei non fumatori (circa l'80%) appartiene al sesso femminile. Questo dato suggerisce una maggiore sensibilità dell'apparato respiratorio femminile ad altri agenti causali quali l'inquinamento atmosferico. Nelle donne ulteriore fattore di rischio è determinato dall'esposizione a fattori presenti in ambiente domestico quali vapori di cottura, uso della cucina, spazi non ben areati, ecc. Anche l'esposizione occupazionale ha un peso rilevante nel determinismo di malattie respiratorie croniche: il rischio per le donne in ambito lavorativo è prevalentemente legato all'esposizione a sostanze detergenti, a prodotti sterilizzanti, disinfettanti, gas anestetici, latex, a pesticidi e polveri organiche, a prodotti chimici e solventi.

### ► Diagnosi sottostimata

Nelle donne comunque, nonostante queste evidenze, la malattia è sottovalutata: una diagnosi tempestiva (ed una conseguenziale terapia appropriata) è meno probabile nel sesso femminile e gli esami utili ad una definizione diagnostica sono prescritti meno frequentemente rispetto al sesso maschile. Studi recenti dimostrano inoltre che la diagnosi di BPCO è formulata, nelle donne, solo in una bassa percentuale di casi e che, pur in presenza di test diagnostici significativi per patologia, il 20-30% dei medici non pone diagnosi di BPCO.

Anche in ambito ospedaliero il ricorso al ricovero, per donne affette da BPCO, è meno frequente rispetto agli uomini. I dati riportati sono evidenti anche nelle schede di dimissione ospedaliera per gli anni 2001-2011 della Regione Puglia dalle quali emerge che l'esame spirometrico viene effettuato più frequentemente nel sesso maschile (21% negli uomini e 16% nelle donne).

### ► Sintomatologia e tassi di ricovero

In letteratura sono descritte differenze di genere anche in merito alla sintomatologia. Infatti, studi condotti su pazienti affetti da BPCO, evidenziano che, a parità di VEMS, nelle donne il grado di dispnea è più elevato. Le donne presentano tosse e produzione di espettorato significativamente più rilevanti rispetto agli uomini, oltre ad una maggiore frequenza di riacutizzazioni. Si ritiene che tale differenza sia da attribuire ad una maggiore percezione ed espressività sintomatologica dei soggetti di sesso femminile. Inoltre le donne mostrano una minore compliance alla terapia e molto spesso interrompono la cura.

Negli ultimi anni i ricoveri per BPCO sono ridotti, grazie a politiche sanitarie che prevedono una più estesa gestione della patologia a livello territoriale con ricorso al ricovero solo nei casi di patologia più grave. La riduzione del numero

dei ricoveri è stata più rilevante, nei dati della regione Puglia, nel sesso maschile con una riduzione dei ricoveri maschili, tra il 2001 e il 2011, di circa il 40%, ed una stabilità per il sesso femminile.

### Bibliografia

- Agenas. BPCO Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia ([www.agenas.it](http://www.agenas.it)).
- Chapman KR. Chronic obstructive pulmonary disease: are women more susceptible than men? *Clinics in Chest Medicine* 2004; 25: 331-41.
- Ministero della Salute. Gard Italy. La continuità assistenziale: BPCO. 2013 ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).
- Sørheim IC, Johannessen A, Gulsvik A et al. Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men? *Thorax* 2010; 65: 480-5.

[www.qr-link.it/video/1113](http://www.qr-link.it/video/1113)



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

THE IJPC CONFERENCES

4<sup>th</sup> GERIATRICS  
IN PRIMARY CARE



Cure Primarie e Paziente Anziano

18/19 OTTOBRE 2013

VENEZIA

# Aggiornamento sul rene policistico nell'adulto

Il rene policistico autosomico dominante dell'adulto, la più frequente nefropatia genetica, evolve verso l'insufficienza renale cronica nella metà dei casi. Al momento non sono ancora disponibili trattamenti specifici, ma alcune molecole sono in avanzato stato di sperimentazione

Patrizia Lattuada

**P**er la malattia policistica autosomica dominante (*autosomal dominant polycystic kidney disease, ADPKD*), più comunemente nota come rene policistico nell'adulto, non vi è ancora la disponibilità di una terapia risolutiva. La ricerca è però in evoluzione e alcune molecole sono in avanzato stato di sperimentazione clinica. Uno dei farmaci più promettenti è tolvaptan, un antagonista del recettore della vasopressina, che potrebbe inibire o ritardare la secrezione intracistica. Per un'altra classe farmacologica in sperimentazione clinica, gli inibitori del sistema mTOR, i risultati per ora non sono univoci, mentre promettente è la ricerca sulla somatostatina.

## ► Inquadramento

L'ADPKD è la più frequente nefropatia genetica (prevalenza 1:1000). La caratteristica dominante della malattia è la formazione di cisti, anche di grosse dimensioni, in entrambi i reni. L'esordio è tardivo e i primi segni clinici si manifestano generalmente tra i 40 e i 50 anni di età. Nell'85% dei casi la causa è una mutazione del gene PKD1 (cromosoma 16) e nel restante 15% del gene PKD2 (cromosoma 4).

L'ADPKD può essere definita una malattia sistemica, poiché le cisti possono estendersi ad altri organi, quali fegato (presenti nel 50-70% dei

pazienti, soprattutto donne) e pancreas. Una diretta conseguenza della patologia può essere il coinvolgimento del sistema cardiovascolare, con l'insorgere di ipertensione arteriosa e aneurismi cerebrali, che si manifestano nel 5-10% dei pazienti asintomatici, con rischio di danno neurologico permanente o morte per emorragia sub-aracnoidea. Altre anomalie extrarenali associate ad ADPKD sono la diverticolosi del colon (16%) e il prollasso della valvola mitrale (25-30%).

La sintomatologia d'esordio è rappresentata in genere da dolori lombari o coliche, macroematuria e infezioni delle vie urinarie.

In pazienti con storia familiare di malattia policistica la diagnosi è relativamente semplice: nelle fasi avanzate, alla semplice palpazione si possono apprezzare i reni policistici come grosse masse a superficie nodulare, di consistenza fibrosa, così anche al fegato. Le tecniche di *imaging* (ecografia, urografia, TAC, scintigrafia renale), permettono di acquisire ulteriori informazioni ed escludere patologie cistiche renali di altra origine. Gli esami di laboratorio e delle urine permettono di evidenziare e controllare nel tempo la progressione verso l'insufficienza renale.

## ► Terapia delle complicanze

Il trattamento è articolato e va inquadrato nelle manifestazioni renali

ed extrarenali della malattia. Per l'ipertensione arteriosa, che nel tempo tende a progredire e divenire resistente, è spesso necessaria la terapia di associazione di più farmaci. In caso di infezioni urinarie, il trattamento con ciprofloxacina deve essere tempestivo per evitare la comparsa di pielonefriti e in presenza di litiasi renale va valutata la natura del calcolo, spesso di acido urico, e utilizzati i presidi atti a ridurre la formazione litiasica. Anche se meno frequente, l'aneurisma cerebrale è una terribile complicanza ed è fondamentale valutare anche tutti i componenti della famiglia in cui è stato riscontrato un caso di ADPKD e sottoporli ad angio-RM. In caso di positività è necessaria la valutazione neurochirurgica. Sicuramente va tenuto conto che l'evoluzione naturale della malattia è verso l'insufficienza renale, quindi nelle fasi terminali è necessario il follow-up in ambulatorio nefrologico per iniziare il trattamento sostitutivo con dialisi o trapianto renale.

[www.qr-link.it/video/1113](http://www.qr-link.it/video/1113)



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

# Premiate le ricerche sul ruolo della disfunzione del microcircolo

*La giuria della settima edizione del Premio Internazionale per la Ricerca Scientifica Arrigo Recordati, composta da esperti di fama mondiale nel campo della cardiologia e del microcircolo vascolare, ha consegnato il prestigioso riconoscimento all'autore di importanti risultati ottenuti in un campo di ricerca di vitale importanza. Gli studi hanno definito l'impatto clinico degli eventi che si verificano all'interno dello stesso e sperimentato nuovi approcci terapeutici. La consegna del premio è avvenuta nell'ambito del 23° congresso della European Society of Hypertension*

**P**remiato per i suoi importanti contributi relativi al ruolo del microcircolo nelle patologie di sistema e d'organo **Filippo Crea**, Professore Ordinario di Cardiologia presso l'Università Cattolica - Policlinico "Agostino Gemelli" di Roma, ne ha scoperto i meccanismi e ha sperimentato nuovi approcci terapeutici.

Le prime osservazioni sulla "sindrome X" stimolarono Crea a intraprendere una serie sistematica di studi sulle sue cause, dimostrando come questa sindrome sia provocata da una disfunzione microvascolare coronarica. Proseguendo sulla medesima linea d'indagine, altri studi hanno dimostrato per la prima volta che l'adenosina è il principale stimolo chimico responsabile del dolore ischemico miocardico. Analizzate congiuntamente, queste osservazioni hanno condotto all'identificazione di una nuova manifestazione della cardiopatia ischemica, nota oggi come angina microvascolare. I risultati hanno permesso, inoltre, di sviluppare un iter diagnostico per l'angina microvascolare e la messa a punto di farmaci per la disfunzione microvascolare coronarica con un nuovo meccanismo d'azione: la redistribuzione della perfusione miocardica verso aree miocardiche ipoperfuse. Una serie di studi paralleli ha dimostrato per la prima volta che la disfunzione microvascolare coronarica svolge un ruolo essenziale nella modulazione della gravità dei

sintomi e dell'ischemia miocardica anche in pazienti affetti da aterosclerosi ostruttiva. Ciò spiega perché il trattamento focale delle stenosi epicardiche non migliori i sintomi o la prognosi in un ampio sottinsieme di pazienti con angina stabile.

In seguito, Crea ha deciso di affrontare l'ostruzione microvascolare coronarica in corso d'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, identificando nuovi biomarcatori e forme di trattamento d'avanguardia.

Il Premio per la Ricerca Scientifica Arrigo Recordati - istituito nel 2000 in memoria dell'imprenditore farmaceutico italiano Arrigo Recordati - è un riconoscimento internazionale che ha come obiettivo la promozione della ricerca scientifica nel campo delle malattie cardiovascolari e prevede, ogni due anni, l'attribuzione di 100.000 euro ad uno scienziato, di qualsiasi nazionalità, impegnato in strutture istituzionali, per il suo impegno e per i risultati ottenuti nella ricerca nell'ambito delle malattie cardiovascolari. Ogni edizione è dedicata ad un tema specifico.

[www.qr-link.it/video/1113](http://www.qr-link.it/video/1113)



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

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

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

## Lunedì

Ricevo una e-mail di un anziano sacerdote: "Egregio Dottore, spero stia bene. La disturbo per esporle il mio caso. Da più di 30 anni provo dolore e disturbo al testicolo destro. Ho fatto l'ecografia nel 2011, dalla quale non risultava alcunchè di irregolare. In realtà, l'ecografia era errata. Ho rifatto nel giugno 2012 la seconda ecografia da un altro medico. Si è riscontrato: idrocele, una ciste all'epididimo e uno spermatocele di un certa entità sopra l'epididimo nei canali che fanno fuoriuscire lo sperma. Ho ripetuto l'ecografia lo scorso giugno, cioè quest'anno. Tutto come nel giugno 2012, però lo spermatocele si è ingrandito anche se di poco. Mi si dice da parte del medico che lo spermatocele blocca l'emissione dello sperma. Il motivo per cui Le scrivo è che sono anche disposto a convivere con questo disagio tuttavia, consultando il medico e un chirurgo, mi fu detto che non c'è necessità di alcuna operazione. Tuttavia da tanti anni provo disagio e dolore nella zona pubica destra che mi impedisce una vita normale di lavoro. Lei pure qualche anno fa mi ha visitato e non trovò alcunché. Ma alla palpazione del testicolo noto due noduli. Da moltissimi anni lo sperma non esce, nessuna emissione notturna. Qualcuno mi ha consigliato di farlo uscire. Spero che Lei mi comprenda. Questo è il mio caso e chiedo il suo consiglio. So che qui coloro che vanno soggetti a quanto ho descritto sono sposati oppure seguono con franchezza il consiglio del medico per cui tirano avanti.

Quanto consigliato è per motivi di patologia, e non per piacere come tale. Vorrei il Suo consiglio se possibile. Nessuno di casa mia conosce il mio caso e non voglio che lo sappiano. Conosco la morale sessuale, distinguendo il bene dal male, ho pure consultato dei moralisti di fama in merito; mi indichi la strada da seguire, poiché esiste realmente la patologia e mi saprò regolare, in attesa di poterla incontrare forse nell'ottobre prossimo. La ringrazio tanto. Buona serata."

## Martedì

Ho visto qualche tempo fa un giovane marocchino di 26 anni, magro, defedato, sudato e profondamente astenico. Aveva una grossa tumefazione in un lato del collo e una un po' più piccola dall'altra parte. Ho eseguito un'ecografia e subito le masse si sono confermate come grossi ammassi linfonodali in parte colliquati. Ho ricoverato il paziente. È tornato stamane con diagnosi di tubercolosi linfonodale, polmonare e testicolare. I colleghi infettivologi hanno impostato la terapia e hanno fornito al paziente il numero di esenzione dalla spesa sanitaria per la malattia. Anche stamane il paziente era astenico e sofferente e quando ha sentito che non potevo prescrivere i farmaci in esenzione perché dovevo avere prima l'autorizzazione del distretto quasi si metteva a piangere. Non ha l'auto e con i mezzi pubblici si è recato al Distretto Socio-Sanitario per ottenere il certificato di esonero dal pagamento del ticket. Dopo due ore di coda si è visto ne-

gare il certificato perché, pur domiciliato nel territorio di questa Asl, ha la residenza in un comune di un'altra provincia, per ottenere l'esenzione dovrà quindi recarsi al Distretto di residenza. Un iter assurdo fatto di multipli passaggi per confermare il confermato a scapito del buon senso, della *pietas*, della civiltà e della salute in un sistema sanitario che continua a definirsi nazionale.

### Mercoledì

Dal referto di una collega ecografista che ha eseguito una ecografia renale ad un mio paziente: "... si segnala colecisti espansa contenente stria iperecogena di 4 cm, che produce sbarramento acustico posteriore compatibile con litiasi. Si consiglia ecografia epato-biliare." Ovvio... senza impegnativa la sonda dell'ecografo non si sposta di un centimetro.

Più tardi nella giornata ho visto in televisione la pubblicità di un detergente intimo per bambine dai 3 ai 12 anni. Pedofilia economica. Dovremmo almeno indignarci.

### Giovedì

Uno degli elementi responsabili dell'implosione di quello che è stato giudicato uno dei migliori sistemi sanitari del mondo è sicuramente l'elefantico apparato burocratico che continua a proliferare. Proliferano i livelli burocratici e proliferano i prodotti di tali livelli. La produzione di esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria ormai richiede un sistema informatico sofisticato per la loro applicazione, non solo, l'apparato burocratico stesso, pur enormemente ramificato, non è più in grado di controllarne la gestione e l'applicazione. Mi è arrivata una e-mail (ennesima quest'anno) dal direttore del distretto sanitario con la quale mi vengono trasmessi gli elenchi dei miei assistiti esenti per reddito, età ecc. in modo che possa distribuire gli attestati di esenzione a chi ne sia privo.

L'apparato burocratico, incapace, delega mansioni, a cui esso solo dovrebbe essere esclusivamente deputato, ad una professione, umiliata e ormai esausta, i cui compiti dovrebbero essere di tutt'altra natura.

Rilevo anche come la maggior parte delle esenzioni dal pagamento del ticket per le prestazioni sanitarie rilasciate dalla Regione Veneto relative ad età e reddito non sono più a scadenza annuale ma sono diventate permanenti. Poveri per il resto della vita. Evidentemente le previsioni dei dirigenti regionali non sono rosee.

### Venerdì

Ottantenne, in ottima condizione fisica, ex atleta: "Sa dottore, spesso vado a letto e piango, sto bene, non mi manca niente, ma penso che ormai mi resta da vivere meno della durata di un paio di scarpe, mi dispiace, mi dispiace veramente."

### Sabato

Una decina di giorni fa mi è capitato di osservare un'importante cellulite infettiva ad entrambi gli arti superiori in un maschio cinquantenne. La situazione era piuttosto complicata: febbre, edema duro, linfangite, arti caldi e dolenti. Il quadro si è risolto con medicazioni di gentamicina e somministrazione di cefalosporine per via parenterale associate a macrolidi per bocca. Il quadro era insorto, a detta del paziente, gradatamente, in alcuni giorni, dopo una seduta di depilazione laser agli arti superiori. Ed è proprio questo che mi ha colpito. Probabilmente mi sbaglio, ma ho l'impressione che queste abitudini, sempre più diffuse, insieme al massiccio ricorso al tatuaggio (come nel caso in questione) vadano di pari passo con l'assenza di valori, con l'abbandono dei figli a loro stessi, con l'ignoranza sempre più diffusa, con il cattivo gusto e con il culto dell'apparire. Una cellulite segno di decadenza.

## Allarme adolescenza: è precoce, incauta e disinformata

La scarsa conoscenza delle malattie sessualmente trasmesse, dei comportamenti corretti, il fenomeno delle baby mamme richiedono attenzione per interventi preventivi efficaci

**S**perimentano prestissimo il primo rapporto sessuale (prima dei 14 anni nel 19% dei casi): lo rivela una recente indagine su 1400 giovani tra i 15 e i 25 anni di età condotta per Paidòss (Osservatorio Nazionale sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza) dal Leo Club (l'associazione giovanile dei Lions) "Valle del Conca" di Rimini. A preoccupare, oltre alla precocità, è la scarsa informazione in tema di rischi correlati ai rapporti sessuali: il 73% dei ragazzi, infatti, non conosce nemmeno 5 fra le principali malattie a trasmissione sessuale (MTS), il 33% pensa che la loro incidenza sia trascurabile e il 57% non sa stimare il tasso di HIV (AIDS). Non va meglio in ambito di prevenzione. Molto meno della metà dei giovani (35% dei maschi e 29% delle femmine) ricorre al preservativo, l'88% non sa dove si trovino i consultori nella propria città e, fra loro, poco più della metà (56%) si sottoporrebbe ad una visita, ma ai fatti solo il 23% delle ragazze e il 46% dei ragazzi ha effettuato un controllo a 18 anni. E la disinformazione, unita a comportamenti scorretti, porta ad una sola conseguenza: un rischio significativo di contrarre le MTS, aumentate in maniera importante dal 2008 (3% fra i maschi e quasi 5% fra le femmine). In tema di tutela, i più

attenti sono i maschi che effettuano controlli nel 47.3% dei casi a dispetto del 28.6% delle ragazze.

"Il dato più importante - spiega il presidente di Paidòss, **Giuseppe Mele** - è quello sull'abbassamento dell'età in cui avviene il primo rapporto sessuale. Certamente è quasi impossibile oggi che un adolescente possa avere sufficienti informazioni sulle malattie a trasmissione sessuale e sui comportamenti corretti. Del resto le baby mamme sono un fenomeno in continua crescita in tutto il mondo. Per questo è urgentissimo anticipare l'educazione alla sessualità in modo generalizzato e in tutte le scuole medie e superiori. Inoltre, una sessualità così precoce richiede anche una particolare attenzione al tema della prevenzione oncologica del tumore al collo dell'utero, ripensando alle campagne di vaccinazione contro l'Hpv, anticipando l'età delle coorti e allargandola anche ai maschi".

Su questi temi Paidòss organizzerà e svilupperà nei suoi 'campus' di pediatria, corsi e lezioni dedicate, che vedranno la partecipazione dei pediatri in incontri multidisciplinari. Verrà chiesto anche al ministro l'estensione di questo progetto - limitato a una selezione di scuole dell'Emilia Romagna - a tutte le scuole italiane, in modo da mappa-

re più attentamente il fenomeno per poter intervenire in quelle dove si verificano i casi più eclatanti.

"Occorre una maggiore sensibilizzazione alle MTS - commenta **Stefano Catrani**, Direttore dell'Unità Operativa Struttura Complessa di Dermatologia all'Ospedale di Rimini e autore della ricerca - perché i giovani hanno una conoscenza molto scarsa della problematica. Per fare un esempio, solo il 40% sa che la candida colpisce 1 persona su 4 (il 25% della popolazione), e solo poco più della metà (55%) è consapevole che le MTS possono essere gravi a tal punto da portare alla sterilità o alla morte. Il 48.81% risponde - questa volta giustamente - che ad essere maggiormente colpite da queste malattie sono le donne. Ma a preoccupare è anche la poca attenzione verso l'importanza di sottoporsi a controlli anche in assenza di sintomi (solo il 60% lo fa) per una maggiore tutela verso se stessi e il partner".



# Svolta terapeutica nel Ca ovarico

Con circa 4900 nuovi casi all'anno, il tumore dell'ovaio è la quinta forma di tumore, dopo quelli di colon-retto, mammella, polmone e rene. E, tra i tumori ginecologici, è quello che registra la mortalità più elevata, anche perchè la diagnosi avviene spesso tardivamente

Il tumore ovarico si sviluppa tipicamente intorno ai 60 anni, nella post-menopausa, e il rischio di sviluppare la malattia è maggiore nelle donne che non hanno avuto figli e che hanno avuto una vita fertile più lunga, con un menarca precoce e una menopausa tardiva. Nei casi in cui l'insorgenza del tumore è legata a fattori ereditari l'insorgenza della malattia è più precoce e il tumore compare tra i 40 e i 50 anni.

“La prevenzione e la diagnosi precoce - ha spiegato la prof.ssa **Nicoletta Colombo**, Direttore Divisione di Ginecologia Oncologica Medica, Istituto Europeo di Oncologia (IEO) - sono un enorme problema perché ancora oggi in circa il 75-80% dei casi il tumore viene scoperto in fase avanzata, a causa dell'assenza di sintomi premonitori. L'unica forma di prevenzione, applicabile solo alle donne che hanno alle spalle una storia familiare di tumore ovarico, consiste nell'accertare la presenza delle mutazioni geniche associate al tumore e nel valutare la necessità di un intervento chirurgico preventivo con la rimozione delle ovaie e delle tube. Tuttavia, nella maggior parte delle donne la diagnosi viene effettuata in fase tardiva al manifestarsi di sintomi che sono già indice di un tumore in stadio avanzato”.

Spesso i disturbi che portano alla diagnosi sono gonfiore e dolori addominali, difficoltà post-prandiali e disturbi intestinali, dovuti allo

stadio avanzato del tumore, che dalle tube e dalle ovaie si è esteso nell'addome. Per le sue caratteristiche il tumore ovarico si diffonde molto velocemente all'addome e questo rende ancor più difficile la diagnosi in fase precoce. Inoltre, purtroppo, il tumore ovarico è ancora poco conosciuto dalle donne rispetto ad altri tumori femminili come quello della mammella.

“Maggiore informazione sul tumore ovarico - ha proseguito Nicoletta Colombo - aiuterebbe le donne a prestare una maggiore attenzione alle prime avvisaglie e probabilmente questo permetterebbe delle indagini più approfondite e diagnosi più precoci. La collaborazione tra ginecologo e oncologo è molto importante perché il tumore ovarico necessita di un trattamento multidisciplinare, che integri l'intervento chirurgico alla terapia medica e farmacologica”.

## ► Chirurgia, chemio e biologici

Il primo approccio terapeutico è quello chirurgico, che ha lo scopo di rimuovere la maggior parte o meglio tutto il tumore macroscopicamente evidente, seguito dalla chemioterapia. Il tumore ovarico è molto sensibile ai farmaci chemioterapici e, anche in casi di tumore in stadio avanzato, la chemioterapia riesce spesso a determinare una regressione anche completa del tumore.

Purtroppo, nonostante l'efficacia della chemioterapia, il tumore si ripresenta in circa il 70-80% dei casi nei primi due anni. Dopo la recidiva si procede con ulteriori trattamenti chemioterapici e in alcuni casi con ulteriori interventi chirurgici.

Dopo gli ultimi 15 anni senza novità di trattamento, sarà presto disponibile anche nel nostro Paese una nuova arma terapeutica contro questa forma particolarmente aggressiva di tumore ginecologico. Bevacizumab è il primo farmaco biologico approvato in Europa per il trattamento delle donne affette da tumore ovarico in stadio avanzato non pretrattate. La nuova terapia contrasta la recidiva e prolunga la sopravvivenza senza progressione di malattia. Bevacizumab è un anticorpo che lega e blocca in modo specifico la proteina VEGF (fattore di crescita endoteliale vascolare) che ha un ruolo chiave nell'angiogenesi, cioè il processo di sviluppo dei vasi sanguigni di cui il tumore ha bisogno per proliferare e diffondersi in altre regioni del corpo.

[www.qr-link.it/video/1113](http://www.qr-link.it/video/1113)



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

## Insufficienza renale, meglio i chelanti privi di calcio

► I chelanti del fosforo privi di calcio (come sevelamer cloridrato, sevelamer carbonato e lantanio carbonato) sono associati ad una minore mortalità rispetto a quelli a base di calcio nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica. È quanto dimostra una recente metanalisi pubblicata dai ricercatori canadesi dell'università di Toronto (Jamal SA et al. *Lancet* doi:10.1016/S0140-6736(13)60897-1).

Lo studio ha individuato una riduzione del 22% della mortalità tra i pazienti che hanno usato i chelanti privi di calcio per prevenire l'iperfosfatemia, oltre a una minore calcificazione delle arterie in quelli che non assumevano integratori di calcio. Per giungere a questa conclusione, i ricercatori hanno passato in rassegna 11 studi controllati randomizzati che includevano oltre 4.600 pazienti con insufficienza renale cronica per valutare l'outcome primario, cioè la mortalità generale per tutte le cause. Gli outcome secondari (che includono gli eventi cardiovascolari e la calcificazione vascolare) sono stati valutati invece su un totale di 18 studi.

## Ranelato di stronzio: le novità dall'Aifa

► Con Determina n.800/2013 del 13 settembre 2013 (GU n. 220, 19/09/2013) l'Agenzia Italiana del Farmaco ha specificato modalità e condizioni di impiego dei medicinali a base di ranelato di stronzio. La prescrizione, previa compilazio-

ne del piano terapeutico (PT) può essere effettuata solo da centri specializzati esperti di osteoporosi, Universitari o dalle Aziende Sanitarie. Il ranelato di stronzio è indicato nelle donne postmenopausali o nei maschi con osteoporosi severa a elevato rischio di frattura.

## Tumori testa-collo: una voce per chi non può parlare

► L'impossibilità a parlare è una situazione che molti pazienti affetti da tumori della testa e del collo possono sperimentare, con gravi conseguenze a livello psicologico e relazionale. Per far fronte a questi problemi è ora disponibile gratuitamente l'App "La mia voce" che, attraverso diversi strumenti di comunicazione assistita può supportare i pazienti nell'esprimere le proprie necessità, emozioni ed eventuali difficoltà nella vita di tutti i giorni. Presentata da Merck Serono SpA è disponibile per le piattaforme Apple e Android e scaricabile dai rispettivi store online.



## Arte e dermatologia si sono confrontate a Roma

► Si è rinnovato anche quest'anno l'appuntamento con il convegno "DermArt". Patrocinato dal Ministero della Salute, dal Ministero per i Beni e le Attività culturali, dalla Provincia di Roma, da Roma Capitale e dalla FEDONP e

realizzato con il contributo del Consiglio Regionale del Lazio, il meeting giunto alla sua V edizione, è stato organizzato e diretto da Massimo Papi e Biagio Didona, dermatologi dell'IDI di Roma. Il convegno, conclusosi di recente, ha approfondito gli elementi comuni tra dermatologia clinica e arti visuali.

## Promozione della salute materno-infantile

► L'assunzione di acido folico nelle donne in età fertile rappresenta un intervento di prevenzione primaria fondamentale per migliorare la salute della popolazione futura. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel 2012 ha emesso le linee guida sulla somministrazione supplementare di acido folico prima e durante la gravidanza, indica proprio nella promozione della salute materno-infantile la principale innovazione nel settore della prevenzione. "In una realtà come quella dell'Unione Europea in cui la pratica della fortificazione degli alimenti con acido folico risulta non percorribile - ha commentato **Nicola Colacurci**, Delegato AGUI (Associazione Ginecologi Universitari Italiani) e Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso la Seconda Università degli Studi di Napoli - le linee guida mondiali suggeriscono la supplementazione, alla dose di 400 mcg, come l'unica via per una reale prevenzione di patologie congenite".

