

M.D.

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

Anno XX, numero 12 - 30 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

IL CASO

8

**Riforma della cure primarie
in Veneto: la controffensiva
della Fimmg**

ESPERIENZE

10

**Il progetto di Telecardiopoint
integrato nel CPT di Bari**

CLINICA

20

**I sintomi non motori
prodromici della malattia
di Parkinson**



Maurizio Bruni e Francesco Carelli

Medici di famiglia di Milano

Salvate il medico di famiglia italiano!

Tagli alla sanità: e ora cosa faranno le Regioni?

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 Bisconcini, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo, Massimo Galli,
Mauro Marin, Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggioni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.
Via Boscovich, 61 - 20124 Milano
Tel. 02.2022941 (r.a.) - Fax 02.202294333
E-mail: info@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

Costo di una copia: 0,25 €
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72
n° 633 e del DPR 28/12/72, il pagamento dell'IVA
è compreso nel prezzo di vendita.

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

CONFINDUSTRIA

**FARMA
MEDIA**

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

I dati relativi agli abbonati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs del 30 giugno 2003 n.196, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare e cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Passoni Editore srl, Responsabile Trattamento Dati, Via Boscovich 61 20124 Milano

È durata poco l'euforia di quanti si sono complimentati col ministro della Salute perché nella Legge di stabilità non ci sarebbero stati i temuti tagli alla sanità. L'entusiasmo si è andato via via affievolendo spulciando il testo del DDL e improvvisamente si è palesata l'amara realtà: i risparmi ottenuti dal blocco del turnover per il personale sanitario avrebbero impattato negativamente sul Fondo Sanitario Nazionale 2015-2016.

La precisazione di **Beatrice Lorenzin**, che *"tali disposizioni, certamente dolorose per il personale, in gran parte già vigenti, comportano risparmi per il finanziamento statale al FSN, ma non sono riconducibili a tagli in senso stretto"*, non ha fatto che inasprire i toni dei comunicati sindacali, con nefasti presagi di imminenti barricate. Va dato atto che per i non addetti ai lavori è facile equivocare un linguaggio estremamente tecnico e articolato come quello utilizzato per la presentazione dei Disegni di Legge. Ma il comma 21 dell'articolo 11 del DDL riguardante le disposizioni in merito alla *"Razionalizzazione della spesa nel pubblico impiego"* non lascia molti dubbi: *"è prevista la riduzione del livello di finanziamento del Ssn cui concorre ordinariamente lo Stato di 540 milioni di euro per il 2015 e 610 milioni di euro per il 2016"*. Riduzione che sarà ripartita tra le Regioni secondo modalità e criteri espressi dall'intesa sancita nella Conferenza Stato Regioni entro il 30 giugno 2014. Quindi per il 2014 niente tagli? Non è proprio così. La patata bollente ora passa nelle mani delle Regioni che, gioco forza, non potranno più rinviare la stesura del nuovo Patto della Salute. Entro dicembre dovranno trovare la quadratura del cerchio, redigendo un'intesa su cui aleggia il fantasma della *spending review* dell'ex ministro Balduzzi: ci sono da tagliare circa 14 mila posti letto per acuti, da chiudere 180 ospedali con meno di 120 posti letto e case di cura con meno di 60 letti. E già le Regioni sembrano approssiarsi a questo appuntamento l'una contro l'altra armata. A testimoniare ciò c'è la recente dichiarazione dell'assessore alla salute della Toscana che punta il dito contro le Regioni in piano di rientro. Sono loro che ipotecano il buon fine dell'intesa per il nuovo Patto non razionalizzando i propri servizi sull'esempio di quanto hanno fatto le Regioni "virtuose" come la Toscana.

Salvate il medico di famiglia italiano!

Maurizio Bruni Francesco Carelli
C'ERA UNA VOLTA...
IL MEDICO DI FAMIGLIA
(Una proposta di Controriforma del Ssn)



Libro bianco sulla Medicina italiana
con riferimento ai livelli internazionali per la
Medicina di Famiglia

È questo l'appello lanciato da **Maurizio Bruni** e **Francesco Carelli**, medici di medicina generale, autori del libro: *"C'era una volta... il medico di famiglia - Una proposta di controriforma del Ssn"*, presentato di recente a Milano. Un libro in cui gli autori denunciano il lento e costante depauperamento valoriale di una professione, il cui esercizio è intrappolato sempre più da vincoli formali e burocratici e il cui futuro è messo seriamente a rischio dalla recente riforma delle cure primarie

► **Anna Sgritto**

Chi è il medico di famiglia? Che cosa è la Medicina di Famiglia? Quale futuro attende la professione? Sono queste le tre domande cardine a cui dà una risposta complessa e argomentata il volume: *C'era una volta... il medico di famiglia - Una proposta di controriforma del Ssn* scritto a due mani da **Maurizio Bruni** e **Francesco Carelli**, medici di famiglia di Milano. Il libro incrocia la storia e l'esperienza italiana con quella dei Paesi Europei ad elevato standard medico assistenziale. Partendo dalla figura del medico condotto, il volume offre uno spaccato dell'evoluzione professionale del medico di famiglia (MdF) in rapporto alla legge istitutiva del servizio sanitario (L. 833/1978), alle riforme che si sono susseguite e alle ricadute che hanno avuto nella stesura dei vari rinnovi della convenzione in medicina generale. Un *excursus* storico in cui si evidenziano le tappe fondamentali di scelte politiche e istituzionali che hanno portato il medico di famiglia ad esercitare sempre meno la professione di medico e

sempre più quella di burocrate. La riforma delle cure primarie, stilata dall'ex ministro della Salute **Renato Balduzzi** e alcune scelte regionali sull'organizzazione della medicina territoriale sembrerebbero dare il definitivo colpo di grazia a questa professione: "Stiamo correndo il rischio che il medico di famiglia venga azzerato con un tratto di penna - sottolinea **Maurizio Bruni** - per essere sostituito da qualcosa che non è ancora definibile, perdendo quello che è il nostro valore: essere il medico che cura la persona, che si interessa del proprio paziente, a questo non possiamo e non vogliamo rinunciare. Sappiamo, come professionisti di essere chiamati a rispondere a cambiamenti epocali, ma non lo possiamo fare rinunciando sempre più alla nostra autonomia professionale e restando inermi di fronte a proposte di cambiamento che mortificano il valore intrinseco della Disciplina medica che esercitiamo fornendo cure sanitarie di buona qualità. Della nostra professione si continuano a sottolineare i *vulnus* organizzativi che ci impedirebbero di ri-

spondere in modo appropriato alla domanda di salute e non si pone mai l'accento su quanto la strutturazione della Medicina di Famiglia nel nostro Paese sia ben lontana dai criteri e dagli standard europei".

► **Dottor Bruni, possiamo considerare questo libro un'altra tappa di un percorso iniziato più di due anni fa con la presentazione delle "tesi di Wittenberg" per la Medicina di Famiglia italiana?**

"Sì, era il 2010 e nel modello di riorganizzazione della medicina del territorio, presentato dalle Regioni con l'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione, si palesavano concetti e strutturazioni del lavoro ambigui e in netta antitesi con la nostra *mission* professionale ampiamente delineata nella Definizione Europea della Medicina di Famiglia. In qualità di medici di famiglia io, Francesco Carelli e molti altri colleghi, lanciammo l'iniziativa, che ha ricordato, in cui appellandoci al governo, alle Regioni, all'Università, ai nostri stessi colleghi e a tutta la società civile chie-

La proposta di “controriforma” del Ssn

Adeguare la Medicina di Famiglia italiana ai criteri e agli standard europei, secondo gli autori del libro, è possibile attraverso l'attuazione di una “controriforma” che prevede di:

- partire dal concetto che il rapporto medico-paziente è un *unum* indissolubile per una Medicina della Persona che è fonte di risparmio;
- prevedere lo sviluppo di una Medicina di Famiglia insieme a quella degli Ospedali e combattere l'uso improprio dei codici bianchi;
- migliorare i tempi di attesa degli accertamenti di laboratorio e per le visite specialistiche;
- comprendere le peculiarità territoriali italiane e differenziare le modalità di lavoro a seconda che il medico eserciti in una grande città o in una valle di montagna;
- razionalizzare l'introduzione di sistemi informatici;
- favorire il risparmio ed evitare lo spreco nella Sanità Pubblica;
- introdurre nuove modalità prescrittive dei farmaci per periodi definiti dal medico e non per confezioni;
- introdurre l'autocertificazione della malattia per i dipendenti fino ad otto giorni, come avviene in Europa;
- analizzare e risolvere la posizione “contrattuale” del medico di famiglia, considerato libero professionista, ma legato al sistema da un rapporto di paradiendenza e inoltre pagato dalla Asl una cifra lorda di circa 36 euro l'anno per ogni paziente, indipendentemente dalla quantità e qualità del lavoro svolto su ciascun caso;
- avviare una contrattazione (fino a referendum) fra medici e parte pubblica col reale coinvolgimento di tutti i sanitari;
- superare la conflittualità tra Asl e medici di famiglia con nuove ipotesi di collaborazione con gli ospedali;
- introdurre e potenziare la “Medicina di Famiglia Accademica” attraverso corsi universitari e docenti dedicati.

devamo risorse più virtuose per il Ssn, maggiore chiarezza sul tipo di rapporto tra Ssn e medico, chiedevamo che l'adesione o meno a tipologie di organizzazione del nostro lavoro fosse a carattere volontario e non obbligatorio, di riconoscere per la MdF italiana i molteplici *Statement* internazionali di UE, UEMO, WONCA e EURACT e di istituire cattedre di Medicina di Famiglia per poter finalmente entrare a pieno diritto nella comunità internazionale. Si tratta di concetti che abbiamo ripreso e sviluppato in questo libro che si conclude con una proposta di riforma del Ssn articolata”.

Il riconoscimento della MdF come specialità

Un passaggio fondamentale, per adeguare la Medicina di Famiglia italiana ai criteri e agli standard europei e farla uscire dalla marginalità in cui è stata relegata, è che acquisiti la dignità accademica che le spetta. Ne è convinto **Francesco Carelli** che da anni si prodiga per

questo riconoscimento.

“Secondo quanto sancito dalla Definizione Europea - tiene a precisare - la medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle cure primarie. Ne deriva che il MdF è un medico specialista con la sua disciplina e un suo contenuto di ricerca e metodologia. In Italia purtroppo la Medicina di Famiglia non è riconosciuta come specialità. Dopo il normale corso di laurea per i medici di famiglia non è prevista alcuna formazione specialistica universitaria, ma la frequentazione di corsi triennali gestiti dalle Regioni”.

► **Ma in alcune Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Paese sono attive da tempo sperimentazioni di corsi specifici di Medicina di Famiglia?**

“Sì, ci sono molte sperimentazioni di corsi di Medicina di Famiglia, nati però da iniziative perso-

nali di singoli docenti o di Medici di Famiglia, ma ciò non basta. Solo l'istituzione dei dipartimenti dedicati potrebbe risolvere la situazione che si è creata per aver gestito l'aspetto qualitativo e strutturale della MdF italiana, privilegiando il piano politico-sindacale anziché quello educativo-culturale. Non smetterò mai di ripetere che la Medicina di Famiglia non è la somma di specialità esercitate a un livello più basso. I medici che la esercitano hanno un ruolo preciso, che deve essere scelto consapevolmente e non come ripiego e questo, ribadisco, può avvenire solo dando dignità accademica alla Medicina di Famiglia”.

www.qr-link.it/video/1213



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

Nuovo Codice Deontologico: apertura al confronto tra speranze e delusione

La disponibilità al confronto, dichiarata dal presidente della FNOMCeO in una recente intervista, ha il sapore di un ripiegamento dettato dall'ondata di critiche giunte da una molteplicità di fonti. Resta il fatto che le innovazioni fin qui proposte stravolgono completamente la natura della relazione tra medico e paziente

Renzo Puccetti, Stefano Alice - *Medici di medicina generale*

Abbiamo letto con una certa speranza l'intervista per così dire "fatta in casa" rilasciata dal senatore PD **Amedeo Bianco** sul nuovo Codice Deontologico (www.fnomceo.it). Purtroppo, giunti al termine, non possiamo che esprimere delusione. Oggi la dirigenza ordinistica parla di un percorso ancora lungo e articolato di discussione, ma quando la notizia del nuovo Codice di Deontologia è uscita dalle stanze riservate a fine agosto, sul *Corriere Salute* si poteva leggere che l'approvazione era programmata per l'autunno con poche modifiche previste ad un testo che aboliva il paziente "all'unanimità". Poi si è visto che l'unanimità, se c'era, era tra una trentina di persone.

Si ha l'impressione che l'attuale disponibilità al confronto sia più un ripiegamento dettato dall'ondata di critiche giunte da una molteplicità di fonti. Molte sono le innovazioni introdotte nel nuovo testo capaci di intaccare la natura stessa della professione medica, ma tra tutte la questione pregiudiziale è fuor di dubbio quella che regola la libertà di coscienza del medico. Ogni atto medico, diagnostico, prognostico, di profilassi e terapia, è infatti effettuato

"in scienza e coscienza". Coerentemente nell'attuale Codice il medico può rifiutare un atto richiesto quando anche uno solo dei due elementi non viene soddisfatto. Nell'attuale formulazione il rifiuto è invece accolto soltanto se la richiesta viola contemporaneamente la scienza e la coscienza del sanitario.

► **Obbligo di informare o di indirizzare?**

Ma altre modifiche sono state introdotte. Eliminando il riferimento di gravità ed immediatezza al pericolo per la salute derivante dal rifiuto, basterà qualsiasi turbamento soggettivo del paziente per obbligare il medico alla condotta giudicata riprovevole. E non è tutto, perché nel nuovo Codice è inserito l'obbligo ad informare per la fruizione della prestazione rifiutata.

L'obbligo di informare diventa così obbligo ad indirizzare. Non c'è bisogno di essere esperti giuristi, basta conoscere la lingua italiana per capire che le innovazioni stravolgono completamente la relazione tra medico e paziente. Nel suo saggio sulla libertà John Stuart Mills scrive: *"Su se stesso, sulla sua mente,*

sul suo corpo, l'individuo è sovrano". Se il medico deve agire in un modo per lui ripugnante, significa che per legge un altro soggetto è sovrano della sua mente e del suo corpo e lo ha privato della libertà. Ceduta la sovranità sui propri atti, assuefatto a sottostare a pratiche ripugnanti, il medico si sarà ridotto all'ombra di se stesso, una patetica marionetta mossa dal burattinaio di turno. Se davvero, come si dice, non c'è alcuna volontà di indebolire l'indipendenza del medico, allora perché si è voluto modificare l'attuale formulazione? C'è un solo modo di dimostrare la sincerità di chi assicura che niente è cambiato: mantenere integralmente l'attuale formulazione. Se ciò non dovesse accadere sarebbe evidente la volontà di rompere quel minimo livello di unità nella professione che fino ad oggi è stato conservato. Non basta dire che si ascolterà tutti. L'introduzione di modifiche in grado di stravolgere la natura della pratica medica deve consentire la libertà di proseguire la professione secondo criteri abbracciati al momento della scelta professionale. È un diritto costituzionalmente protetto, è un diritto umano fondamentale.

Riforma delle cure primarie in Veneto: la controffensiva della Fimmg

Stop all'assistenza domiciliare dei casi complessi e alla ricetta online: sono queste le modalità della protesta messa in campo dai Mmg veneti iscritti alla Fimmg dopo l'approvazione della delibera regionale sul "contratto d'esercizio per le medicine di gruppo" da cui il sindacato dichiara di essere stato escluso

Dopo la delibera regionale sul "contratto d'esercizio per le medicine di gruppo", la Fimmg del Veneto ha dato mandato ai propri avvocati di presentare denuncia al giudice del lavoro per attività antisindacale e abuso di potere da parte della Regione e di depositare in Procura a Venezia, e per conoscenza ai prefetti delle 7 province venete, una denuncia contro il Presidente della Regione, **Luca Zaia** e il segretario di Giunta, **Mario Carmel**, per falso in atto pubblico. Per il sindacato, quell'atto, dal cui iter affermano di essere stati esclusi, avvierebbe una programmazione vuota di contenuti poiché non ha alcun senso attivare 164 ambulatori h24 senza il finanziamento dedicato all'assunzione di assistenti di studio, infermieri o personale amministrativo e all'acquisto di attrezzature.

La delibera in questione, in effetti, è stata "la goccia che ha fatto traboccare il vaso". I rapporti tra sindacati della medicina generale e la Regione in questi ultimi tempi sono stati sempre tesi. Una tensione che viene da lontano. Nel gennaio 2011, anticipando di un anno il decreto Balduzzi, la Regione Veneto aveva approvato una delibera con cui venivano introdotte le Aggregazioni

Funzionali Territoriali (AFT), che sarebbero dovute partire entro tre anni grazie a un finanziamento regionale di circa 22 milioni di euro, da corrispondere dal 2012 al 2014. Finanziamento che successivamente è stato ridotto e di cui è stata erogata alle Asl solo una prima *tranche*.

I medici si sono accollati gli oneri delle sperimentazioni attuate sul territorio perché nel frattempo non erano state varate le delibere attuative. Il contrasto si è acuito dopo la presentazione del governatore Zaia del nuovo Piano sociosanitario regionale in cui si illustravano i termini della riorganizzazione dell'assistenza territoriale successivamente alla riduzione dei posti letto ospedalieri per adeguarli ai parametri nazionali. Infatti il 15 maggio 2013 Fimmg, Fimp, Smi, Snamì in un comunicato regionale congiunto facevano presente alla Parte Pubblica che: "(...) *Tutta la categoria dei medici convenzionati è da anni disponibile e pronta alla riforma che permetta di curare con maggiore efficacia il crescente numero di patologie croniche sul territorio. Purtroppo la Regione annuncia sui giornali la riforma (AFT), ma non la realizza a causa di interferenze degli uffici burocratici della Segreteria Regionale alla Sanità che*

si frappone continuamente per rallentare la politica innovativa dell'Assessore Coletto. Questo boicottaggio strisciante danneggia i cittadini e ritarda le scelte della stessa Regione, mettendo tutti gli operatori del territorio e degli ospedali veneti nelle condizioni di non poter erogare l'assistenza necessaria. Non applicando le schede territoriali che prevedono l'attivazione di posti letto residenziali per malati portatori di patologie croniche in certe fasi difficilmente assistibili a domicilio, la Regione sta sprestando tempo e risorse. Questa situazione è divenuta insostenibile in quanto sono in gioco i valori fondativi del nostro Servizio Sanitario Regionale. (...)".

► La sigla dell'accordo

A gettare acqua sul fuoco e a smusare il conflitto ci ha pensato poi la sigla dell'accordo tra la Regione e le organizzazioni sindacali della medicina convenzionata (Fimmg, Snamì, Smi, Intesa Sindacale, Cisl Medici, Sumai Assoprof, Federazione Medici Uil Fpl, Fimp). Accordo in cui le parti concordano sugli obiettivi fissati per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, così come precisato nel nuovo Piano sociosanitario,

che individua le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e, a regime per la medicina generale e la specialistica ambulatoriale interna, le Medicine di Gruppo Integrate (Md-GI), disciplinate previa deliberazione del contratto di esercizio. Ed è proprio sul contratto di esercizio che gli equilibri si sono rotti. Come sottolineato da **Silvio Regis**, segretario Fimmg-Veneto: "Dopo l'accordo, sarebbe dovuto seguire un gruppo di lavoro condiviso per l'elaborazione del contratto di esercizio, ma non siamo più stati interpellati".

► Contratto di esercizio, iter e delibera

La prova dell'esclusione della Fimmg dall'iter di definizione del "contratto di esercizio tipo" delle Medicine di Gruppo Integrate la troviamo nel comunicato stampa congiunto del 7 ottobre 2013 a firma Snam, Smi e Intesa Medica dal titolo: "Assistenza h24, sì e come". In questo comunicato c'è scritto nero su bianco che i tre sindacati hanno sviluppato e condiviso con la Segreteria Regionale alla Sanità del Veneto un "contratto di esercizio" "che utilizzi al meglio le risorse disponibili e dia altresì risposte tempestive ed efficaci al cittadino". Nell'accordo siglato dai tre sindacati sono stati definiti:

- La Carta dei servizi, gli obiettivi e le azioni di prevenzione, assistenza ai malati cronici, adesione ai PDTA aziendali
- Gli standard dell'informatizzazione del gruppo
- Gli orari di servizio e l'accessibilità garantita per le 12 ore diurne e 2 ore al sabato
- La sede, che dovrà essere garantita dalla Asl se in edifici pubblici o supportata con affitti "calmierati" in caso di locali in affitto da privati

- Il personale di studio e gli infermieri in numero proporzionale al totale degli assistiti e che saranno gestiti dai Mmg e rimborsati dalla Asl

- La fornitura del materiale di medicazione e altri presidi

- Un elenco di PIP extra Acn.

In tale accordo è stato anche previsto un "bonus incentivante d'entrata" (*una tantum*) di 1.000 euro e la figura del coordinatore, remunerato in base al numero dei medici partecipanti alla Medicina di Gruppo Integrata.

► La Fimmg dichiara lo stato d'agitazione

Questi gli antefatti che hanno portato il Consiglio Regionale della Fimmg Veneto a dichiarare lo stato di agitazione e a deciderne le modalità: sospensione dei servizi domiciliari per i casi complessi e blocco della ricetta online. Un *Manifesto ad hoc* affisso negli studi spiega le motivazioni della protesta ai pazienti.

Il Manifesto

Cari Cittadini Veneti,

I Medici di Medicina Generale del Veneto, preso atto del degrado politico-sociale nel quale si sta distruggendo la sanità pubblica nella Regione Veneto, hanno deciso di impegnarsi a difesa del diritto costituzionalmente sancito della tutela della salute che ogni giorno ci sono affidate:



NO ALLA TRUFFA SULLA SANITÀ DEL VENETO!

NO alla demagogia della Regione Veneto

NO alla riduzione dei posti letto in ospedale a fronte delle promesse non mantenute di garantire l'assistenza ai pazienti sul territorio. Dove sono le strutture, il personale, i mezzi, le attrezzature, gli ospedali di comunità

NO al ridimensionamento degli ospedali trasformato in una spartizione politica dei primariati
BASTA abbandonare le famiglie riversando su di loro l'assistenza dei pazienti più fragili e più impegnativi

BASTA obbligare i malati alla continua ricerca del pezzo di carta: piani di cura, programmi di cura, esenzioni, esenzioni dalle esenzioni, revisioni delle esenzioni ...

BASTA con il pellegrinaggio dei malati per ottenere l'impegnativa per gli esami prescritti dagli specialisti: il medico che richiede un esame lo prescrive e ne risponde al paziente ed allo Stato!!

BASTA con le liste di attesa dovute alla scarsità delle risorse messe a disposizione ed ai provvedimenti taroccati per limitarle nell'interesse esclusivo della pubblicità mediatica

BASTA togliere il tempo ai Medici di curare i malati per riempire scartoffie

BASTA inventarsi delibere sulla Sanità miopi senza prospettive per il futuro finalizzate esclusivamente a risparmiare sulla pelle dei cittadini e a lucrare sul lavoro degli operatori senza colpire i reali sprechi che foraggiano la cattiva politica

BASTA millantare in giro per l'Italia il risparmio sulla spesa sanitaria ottenuta a totale scapito dell'assistenza e della qualità delle cure dei cittadini veneti

IO NON CI STO!

**HO GIURATO DI DIFENDERE LA SALUTE DEL MIO PAZIENTE DALLE MALATTIE
E INTENDO DIFENDERLA ANCHE DALLE TRUFFE DELLA POLITICA!**

Il tuo Medico di Famiglia

Il progetto di Telecardiopoint integrato nel CPT di Bari

Lo sviluppo della telemedicina può costituire un fondamentale supporto alla medicina territoriale e alla integrazione tra Mmg e specialista, migliorando la qualità assistenziale dei pazienti cronici. Con questa finalità è stata sperimentata l'attivazione di una postazione di Telecardiopoint presso il Centro Polifunzionale Territoriale (CPT) Europa, integrato con l'ambulatorio di Cardiologia, all'interno della Casa della Salute del Quartiere San Paolo di Bari

Vincenzo Creanza

Medico di medicina generale
Centro Polifunzionale Territoriale Europa
Bari

Dal gennaio 2010 il Centro Polifunzionale Territoriale Europa (CPT) ha avviato la sua attività nell'ambito della Casa della Salute del Quartiere San Paolo di Bari (M.D. 2013; 5: 8-10). L'Associazione è composta da 10 medici di medicina generale (Mmg) operanti in unica sede con un bacino di utenza complessivo che supera i 15.000 assistiti. La struttura ha apertura giornaliera 8-20 con la presenza costante di segreteria di supporto e di due ambulatori infermieristici. Nel CPT è inoltre attivo l'Ambulatorio Dedicato alle patologie a rischio cardiovascolare, alla sindrome metabolica e al diabete gestito dai Mmg dell'associazione.

Nel CPT non operano medici specialisti, secondo quanto previsto nell'accordo di avvio con la Asl Bari, tutti i servizi di diagnostica strumentale sono gestiti o direttamente dai Mmg o utilizzando supporti di Telemedicina. Motivo per cui si sono sviluppate iniziative di integrazione delle proprie attività di "assistenza di base" con gli specialisti operanti nell'ambito della Casa della Salute in cui il CPT è ubicato e con le strutture ospedaliere.

In questa ottica si è sviluppato un progetto di Telemedicina sullo scompenso cardiaco con il reparto di Cardiologia del vicino ospedale, già concluso nel 2012 con esiti positivi e, sulla base della

esperienza maturata, il progetto è stato riprogrammato.

Attualmente sono in sviluppo ulteriori iniziative di Telemedicina su protocolli condivisi con strutture ospedaliere e universitarie in vari ambiti specialistici (tele-diabetologia, terapia del dolore, ematologia, pneumologia e altre in definizione). Il CPT offre inoltre la possibilità di eseguire all'interno della struttura, su indicazione del medico di riferimento dell'assistito, l'holter pressorio, l'holter cardiaco, la spirometria, l'audiometria e tecniche di diagnostica ad ultrasuoni. Nel frattempo si sta valutando la proposizione di un ambulatorio stabile di diagnostica ecografica di primo livello.

► Il progetto integrato Telecardiopoint

Nel 2010, valutando la storia prescrittiva di ciascun medico con il programma informatizzato Profim, è stato rilevato che dall'avvio delle attività del CPT Europa, nel periodo compreso tra gennaio e aprile, sono stati effettuati mediamente da ciascun medico almeno 80 richieste di ECG. Da questa semplice valutazione è derivata la Delibera del 22.10.2010 in cui l'Agenzia Regionale della Sanità (Ares) della Regione Puglia e la Asl Bari - previa intesa con il Servizio di Cardiologia della Casa della Salute e il CPT Europa

- ha definito un Protocollo per l'avvio del Progetto Integrato Telecardiointerpoint con l'attivazione nel CPT Europa di una postazione di Telecardiointerpoint secondo la metodologia già utilizzata in tutti i 118 della Regione Puglia. Il progetto prevede che la valutazione del paziente con ECG, eseguito in *realtime* nel CPT, possa essere integrata in tutti i casi in cui si ritiene necessario da consulenza specialistica del Servizio di Cardiologia presente all'interno della Casa della Salute in cui è ubicata la sede del CPT, consentendo così la prevenzione, l'inquadramento e il corretto monitoraggio delle malattie cardiovascolari. Nell'elaborazione iniziale sono state definite le caratteristiche e le finalità dell'attivazione di una postazione di Telecardiointerpoint:

- Miglioramento della qualità di assistenza del paziente cardiopatico.
- Integrazione con l'ambulatorio dedicato alle patologie a rischio cardiovascolare, presente nel CPT.
- Riduzione dei tempi di attesa con accesso facilitato alla prestazione strumentale.
- Attivazione di un servizio a carattere preventivo in modo da selezionare i casi di interesse clinico e/o specialistico riducendo l'accesso delle richieste inappropriate e consentendo percorsi terapeutici.
- Gratuità del servizio per l'utente.
- Sperimentazione e sviluppo di un nuovo modello organizzativo utilizzabile nelle varie realtà strutturate della Medicina Generale e nei Servizi Territoriali.
- Miglioramento degli standard di assistenza dei pazienti sul territorio con riduzione degli accessi

al Pronto soccorso e della richiesta di ricovero ospedaliero. La postazione di Telecardiointerpoint consente al Mmg del CPT, durante la normale attività della struttura, di poter effettuare l'ECG sui suoi assistiti presso le infermerie del Centro. L'ECG, registrata con elettrocardiografo transtelefonico, è trasmessa via telefono alla Centrale di Telecardiologia dove è valutata in tempo reale dallo specialista cardiologo di turno che fornisce la risposta in tempi brevissimi. L'esecuzione immediata dell'esame elettrocardiografico consente inoltre di evitare l'invio dell'assistito ai servizi cardiologici territoriali nella valutazione preoperatoria o preliminarmente alla esecuzione di indagini diagnostiche invasive (esami endoscopici, biopsie, ecc.) o che richiedano un mezzo di contrasto.

Molto rilevante è il supporto del Telecardiointerpoint alle attività dell'Ambulatorio Dedicato, presente nel CPT, che monitorizza le patologie ad elevato rischio cardiovascolare, in sinergia con il Progetto Nardino (*Chronic Care Model* della Regione Puglia).

► Attività svolta e risultati

La valutazione con il Telecardiointerpoint può dar luogo a esito di:

1. tracciato normale o rilievi che consentano il semplice intervento del Mmg anche previo consulto con il cardiologo del servizio Telecardiointerpoint che ha letto il tracciato;
2. presenza di alterazioni significative che richiedono una visita cardiologia di approfondimento che sarà effettuata dal cardiologo operante nella Casa della

Salute nei tempi più rapidi, secondo la disponibilità e le opportunità presenti;

3. evidenza di segni di patologia di rilievo che necessita di ricovero urgente con richiesta di intervento del 118.

L'analisi dettagliata delle attività svolte da maggio 2010 a dicembre 2012 ha evidenziato che sono stati eseguiti oltre 2.500 tracciati. Di questi il 16.4% ha mostrato patologie, a fronte dell'83.6% di tracciato normale (*figura 1*).

È evidente, quindi che a fronte di 419 tracciati con segni di patologia, oltre 2.000 assistiti non hanno avuto necessità di invio al cardiologo, alleggerendo le liste di attesa e riservando l'attenzione della specialista a casi più significativi.

I tracciati patologici hanno evidenziato:

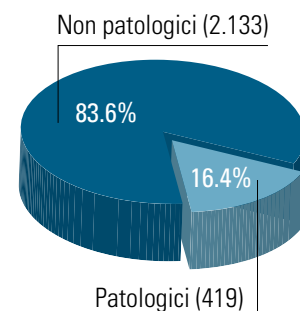
- 304 rilievi di problematiche minori
- 81 aritmie di rilievo

Figura 1

Telecardiologia nella Casa della Salute del Quartiere San Paolo di Bari

Attività da maggio 2010
a dicembre 2012

2.552 elettrocardiogrammi



- 28 sindromi coronariche acute
- 6 STEMI per valutazione per PTCA

Quindi, dei 419 tracciati patologici oltre 100 presentavano criticità e in alcuni casi è stata richiesta la valutazione d'urgenza del collega ospedaliero spesso attraverso l'attivazione del 118. Nei casi più critici è stata predisposta una flebo ed effettuata, se indicato dal collega cardiologo, una premedicazione.

In alcuni casi, dopo valutazione clinica, è stata eseguita in UTIC coronarografia d'urgenza con successiva Angioplastica Coronarica Percutanea in tempi brevissimi dalla esecuzione del tracciato nell'ambulatorio del CPT, al punto da essere indicati come esempio di "Buona Sanità" nella stampa locale e nazionale.

Va evidenziato comunque che accanto ai casi più critici, che sono quelli che assumono maggiore evidenza, sono stati eseguiti una significativa maggioranza di tracciati che non hanno richiesto valutazione specialistica, riducendo il ricorso ai Pronto Soccorso, ai servizi Ambulatoriale Asl territoriali e ospedalieri, riducendo costi e liste d'attesa, consentendo la definizione diagnostica da parte del Mmg e un immediato approccio terapeutico.

In relazione ai risultati positivi di questa esperienza, nel Centro Polifunzionale Territoriale sono stati attivati in seguito Servizi di Telemedicina per l'holter pressorio e l'holter cardiaco a costi sociali nettamente inferiori ai costi dei ticket sanitari.

Il CPT Europa si è inoltre dotato autonomamente da circa due anni di un defibrillatore semiautomatico per rispondere alle urgenze.

► **Care and Disease Management**

Il Telecardiointerpoint inoltre si va ad inserire nei Programmi di *Care and Disease Management* e punta all'assistenza proattiva del paziente cronico al Centro del quale è stato definito un problema clinico e un piano di cure su cui convergono gli interventi di tutti gli attori coinvolti, incluso lo stesso paziente con ruolo di attivo protagonista (processo di *empowerment*): caratteristiche del Progetto Nardino. Il Centro Polifunzionale Territoriale rappresenta un *setting* ideale per stringere una alleanza terapeutica tra il *team* degli operatori sanitari territoriali (Mmg, infermiere professionale, specialista territoriale e/o ospedaliero) e il paziente.

Il modello utilizza strumenti di *governance* clinica, interventi di educazione alla salute e sostiene l'intero percorso diagnostico - terapeutico.

La caratteristica principale è rappresentata dalla figura dell'infermiere *Care Manager*, per una migliore presa in carico del paziente con patologia cronica.

I *Care manager*, presenti negli ambulatori infermieristici del CPT, in coordinamento con l'Ambulatorio Dedicato, sono stati adeguatamente formati alle metodologie dell'*empowerment*, alle tecniche di comunicazione e di *coaching* nell'ambito del Progetto Nardino, sviluppato nella Regione Puglia nel *Chronic Care Model* e nella loro pratica utilizzano Protocolli Informatizzati condivisi.

I nostri infermieri sono quindi in grado di coinvolgere in modo attivo il paziente, fornendo strumenti utili per l'autogestione della malattia, operando in stretto contatto con il paziente e con il medico di

medicina generale per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati.

Lo sviluppo della Telemedicina costituisce quindi un fondamentale supporto alla Medicina Territoriale e alla integrazione del medico di medicina generale con lo specialista.

Tecniche di Telemedicina si possono estendere in modo simile alle valutazioni di esami di laboratorio complessi, alla spirometria, alla diagnostica per immagini anche integrandosi con il supporto informatico che comunemente utilizza il Mmg.

Riteniamo che la nostra esperienza presenti notevoli aspetti positivi e che debba essere estesa a tutte le Forme Associative Complesse Strutturate con notevole vantaggio sulla qualità della assistenza e, aspetto non secondario, rilevante riduzione dei costi sanitari.

Gli sforzi degli operatori del CPT sono finalizzati a favorire l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale a Sistema Sanitario Nazionale, ma siamo solo ai primi passi.

Alla stesura dell'articolo hanno contribuito:

Valentina Mongelli

*Specializzanda in Anestesia e Rianimazione
Università degli studi di Bari*

e Annalisa Creanza

*Studente in Medicina
Università degli studi di Bari*

I medici che costituiscono il CPT e che hanno realizzato questa esperienza sono:

Giancarlo Amendoni,

Maria Mattea Baldassarre,

Vincenzo Creanza, Michele De Nicolò,

Vito Lisco, Giuseppe Macchione,

Savino Marroccoli, Caterina Montereale,

Francesco Savino, Nicola Stucci

Sito Internet: <http://cpteuropa.blogspot.it>

Basta, vado in pensione!

Non ha più senso per me, medico di medicina generale, continuare a esercitare la professione in un sistema che la mortifica e che ha tradito la sua *mission*

Regolo Ricci

Medico di medicina generale, Bojano (CB)

Esercito da oltre 30 anni la professione di medico di medicina generale (Mmg) e il primo ottobre ho chiesto il pensionamento anticipato. Non ha più senso per me lavorare in un sistema sanitario, nato per curare le persone, che è finito per diventare un calderone da cui moltissimi attingono per soddisfare i propri appetiti economici, protetti da una politica clientelare che consente di andare contro le normative vigenti e fare concorrenza sleale.

Nel frattempo il rapporto tra medico e paziente si è inaridito e la medicina difensiva ha preso il sopravvento, grazie anche all'eccessiva tecnologia, all'enfatizzazione degli aspetti economici e all'utilizzo troppo spesso distorto delle scoperte scientifiche.

Per il buon funzionamento del Ssn bisogna recuperare l'"anima" che, a mio avviso, si basa sulla solidarietà, sul rapporto di fiducia medico-paziente e sul rispetto deontologico tra colleghi. Si è creato, invece, un circolo vizioso in cui i medici prescrivono di tutto e di più per mettersi al sicuro legalmente o per non contraddire i pazienti che potrebbero revocarlo. A chi giova tutto questo? Non certo ai cittadini che invece di richieste chilometriche di esami e prescrizioni varie, avrebbero bisogno di un'assistenza

più umanizzata, tecnologica quanto basta, senz'altro meno burocratizzata. Le larghe maglie dei controlli permettono di lavorare, ai limiti della legalità soprattutto a operatori arrivisti, dediti ai doppi e tripli incarichi sanitari, politici ed amministrativi. In tal modo si determina un utilizzo distorto e irrazionale delle risorse, con grave danno per il buon funzionamento del Ssn e per i cittadini meno abbienti che, non avendo le possibilità finanziarie per rivolgersi ai privati, rinunciano a curarsi ed a fare prevenzione.

► Un diritto negato

Spero che le cose possano cambiare e possa rinascere quello spirito di solidarietà che nel dicembre del 1978, con la legge 833, portò alla nascita del nostro Ssn. Questa istituzione nacque dopo un periodo di transizione in cui, cercando la formula migliore per assicurare il diritto alla salute per tutti i cittadini, si passò dalla legge n. 259 del 1958, con la quale fu istituito il Ministero della Sanità, alla legge n. 386 che nel 1974 estinse i debiti accumulati dagli enti mutualistici, ne sciolse i consigli di amministrazione e trasferì i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle Regioni. Sino al 1958, c'erano state le "casce mutue" che assicuravano il

diritto alla salute solo a chi aveva un lavoro per finanziarsi l'iscrizione. Inoltre, c'era una disparità tra le varie "casce mutue" che elargivano le prestazioni in base alla categoria di lavoratori che rappresentavano. I cittadini senza lavoro fisso dovevano ricorrere a terapie aleatorie, o compromettersi economicamente per potersi curare.

La sanità fa gola, rappresenta un grosso centro di potere, le risorse economiche impegnate a livello regionale sono molto elevate e consentono elargizioni di soldi e di cariche amministrative ai portatori di consensi elettorali. Ho partecipato a una miriade di convegni dove guarda caso, ad aprire i lavori c'era il politico di turno che non perdeva l'occasione per mettersi in mostra. Convegni in cui si enfatizzava l'importanza del Mmg quale fulcro del Ssn. È sotto gli occhi di tutti, invece, come hanno ridotto il nostro lavoro, "bruciando" la nostra professionalità e la conoscenza del territorio. Ci hanno imposti carichi burocratici infiniti che spesso non hanno alcun riscontro positivo sulla razionalizzazione della spesa pubblica e sulla resa di un buon servizio ai cittadini, costretti a trafilare interminabili per ottenere quello che è un loro diritto: la possibilità di accedere alle cure in modo razionale, ma con dignità.

L'impegno della FNOMCeO per la salute globale

Promuovere azioni politiche e sociali affinché la Salute si possa declinare quale diritto universalmente sancito e riconosciuto: questo il tema al centro del recente convegno romano, promosso dalla Federazione dell'Ordine dei Medici

Con un chiaro riferimento al Diritto alla Salute che emerge dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, continua l'impegno della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici (FNOMCeO) per la salute globale attraverso il recente convegno "Promozione della Salute e Cooperazione internazionale: la FNOMCeO per il volontariato medico e la collaborazione tra le istituzioni", svoltosi a Roma, presso l'Auditorium del ministero della Salute. Un convegno che per la prima volta ha visto riunite le Istituzioni, gli Enti, le Organizzazioni non governative, militari, religiose che si occupano di Cooperazione Sanitaria Internazionale. Durante l'assise è stata data la notizia che questi temi potrebbero entrare a pieno titolo nel Codice Deontologico attraverso un emendamento all'art 5.

"Il tema della tutela della Salute Globale - ha affermato **Maurizio**

Benato, vicepresidente FNOMCeO - ha fortissime implicazioni umane e sociali, tali da rendere ineludibile un confronto con la dimensione etica relativa al ruolo politico e alla responsabilità della professione medica, ma non solo. Mi riferisco a una visione della Salute che va ben al di là della realtà medica, richiamando scenari in cui principali attori in gioco sono le Istituzioni locali, nazionali e internazionali, i Governi, le Associazioni della società civile e soprattutto i cittadini. Con un unico filo conduttore: quello dell'affermazione della Salute come un diritto universalmente sancito e riconosciuto. Con la *Carta di Padova* del 2008, il Consiglio Nazionale FNOMCeO ha riconosciuto la tutela della Salute nella sua dimensione globale quale diritto umano fondamentale e propulsore di uno sviluppo economico durevole, favorente la riduzione delle disuguaglianze. Con questo incontro abbiamo voluto promuovere azioni politiche concrete che garantiscano equità, accessibilità, qualità e adattabilità degli interventi sanitari, laddove povertà ed esclusione sociale si sommano allo svantaggio della malattia".

Codice Deontologico: la modifica dell'art. 5

Proposta

Art. 5 - Promozione della salute, rapporti con l'ambiente e tutela della salute globale

Il medico è tenuto a considerare l'ambiente naturale e sociale nel quale l'uomo vive e lavora quale determinante fondamentale della salute dei cittadini, a promuovere l'attuazione di idonee politiche sociali e ambientali e a stimolare l'adozione di stili di vita salubri. A tal fine, il medico promuove una cultura civile tesa allo sviluppo di un ecosistema stabile ed equilibrato, partecipando ad iniziative di prevenzione e di tutela della salute negli ambienti di vita

e nei luoghi di lavoro e garantisce la corretta comunicazione e gestione del rischio avvalendosi del principio di precauzione e dell'analisi costante del rapporto rischio-beneficio. Il medico è tenuto a favorire l'istruzione, la giustizia e l'equità sociale quali conquiste etiche, al fine di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile, in cui salute individuale e collettiva siano fondamento e finalità primaria di crescita civile e moltiplicatore di risorse umane.

Inquinamento ambientale e rischio di malattie

Riscaldamento, traffico, condizioni ambientali sfavorevoli fanno sì che in Lombardia si registrino i più alti livelli di inquinamento d'Europa. I superamenti dei livelli soglia si traducono in decessi e richieste di ricoveri per cause cardiache, cerebrovascolari e respiratorie

Alla Lombardia va il poco confortante primato di area più inquinata d'Europa, in particolare in relazione al $PM_{2.5}$: lo afferma il Rapporto sulla qualità dell'aria 2013, appena pubblicato dall'Agenzia Europea per l'ambiente. La tendenza dell'inquinamento da polveri sottili nel periodo 2002-2011 documenta una situazione di costante allarme nella maggior parte delle centraline di misurazione, a Milano e in Lombardia.

Complici il riscaldamento degli edifici, il traffico dei veicoli, la mancanza di precipitazioni e di vento che si miscelano in un cocktail micidiale per le concentrazioni atmosferiche di particolato fine, così come per quelle del biossido di azoto, dell'ozono e di altre sostanze inquinanti. E nemmeno riescono a far cambiare direzione le misure correttive messe in campo dalle istituzioni negli ultimi anni che si sono dimostrate poco efficaci.

Milano ha di recente ospitato i maggiori esperti nazionali e internazionali nel convegno "RespiraMI", organizzato da **Sergio Harari**, direttore della Pneumologia dell'Ospedale San Giuseppe e da **Pier Mannuccio Mannucci**, direttore scientifico del Policlinico di Milano, nel quale si è fatto il punto sui rischi sanitari delle emissioni di sostanze inquinanti, così come vengono messi in luce dai più recenti studi, e sulle azioni più efficaci per invertire un trend pericoloso, pur tenendo conto del contesto naturale dell'intera Lombardia.

In Lombardia i superamenti dei li-

velli soglia di PM_{10} e NO_2 sono responsabili ogni anno di decessi e di ricoveri in eccesso per cause cardiache, per malattie cerebro-vascolari e per problemi respiratori. L'obiettivo di una riduzione del 20% delle concentrazioni di questi due inquinanti è raggiungibile e determinerebbe una riduzione della mortalità a breve termine e dei ricoveri ospedalieri del 30%. Quindi anche politiche non risolutive ma di miglioramento dell'aria avrebbero importanti ricadute sulla salute dei cittadini. Sempre più robusti e convincenti sono anche i dati relativi all'età pediatrica, negli ultimi anni particolarmente colpita non solo in Italia ma in tutti i Paesi occidentali. Il convegno ha dato spazio anche ai dati di efficacia sull'inquinamento locale determinata dall'introduzione di Area C: le misurazioni dimostrano infatti una significativa riduzione del *black carbon*, una sostanza che deriva dalla combustione incompleta di combustibili fossili.

Ma Milano è inserita nel contesto lombardo, e un'efficace opera di riduzione delle emissioni non può che essere avviata a livello regionale. È per questo che la giunta lombarda ha da poco approvato il nuovo piano PRIA, in cui sono state individuate 91 misure d'intervento in tre diversi macrosettori (Trasporti, Energia e Agricoltura), che dovrebbero portare a benefici significativi. RespiraMI, oltre ad ospitare i maggiori esperti mondiali in tema di inquinamento e rischi per la salute, esponenti delle istituzioni come Regione Lombardia, e agenzie che lavorano sul territorio come l'ARPA, ha coinvolto nel dibattito anche i comuni cittadini, con una tavola rotonda dal titolo "Inquinamento atmosferico tra scienza e conoscenza", moderata da Sergio Harari.

Prevenzione dei tumori con ASA, cosa c'è di vero?

Diverse evidenze attribuiscono all'ASA a basse dosi proprietà preventive sul cancro del colon-retto e potenzialmente anche su altri tipi di tumore, oltre a un ruolo protettivo contro la diffusione delle metastasi. Nei prossimi anni gli studi clinici saranno in grado di confermare o meno queste indicazioni preliminari

Andrea De Censi

*Direttore SC Oncologia Medica
EO Ospedali Galliera Genova*

Marilena Petrera

*Coordinamento Ricerca Clinica
in Oncologia
SC Oncologia Medica
EO Ospedali Galliera Genova*

L'aspirina è uno dei farmaci più conosciuti al mondo. Si è rivelata utile nel trattamento di diverse patologie, dal semplice raffreddore o mal di testa - grazie al suo effetto antinfiammatorio - alle malattie cardiovascolari - grazie all'effetto antiaggregante. Oggi, un maggior numero di evidenze attribuisce all'acido acetilsalicilico (ASA) a basse dosi, in generale comprese tra i 75 e i 100 mg, anche proprietà preventive sul cancro del colon-retto e, potenzialmente, anche su altri tipi di tumore. Già nel 2003 studi randomizzati condotti in USA hanno dimostrato che l'assunzione giornaliera di 81 mg di ASA era associata a una riduzione del 19% del rischio di recidiva di adenomi del colon.¹ Negli ultimi cinque anni si sono avute nuove conferme sull'utilità di ASA nel prevenire lo sviluppo del cancro dagli studi europei originariamente intrapresi per studiare gli effetti cardiovascolari del farmaco. Dal primo studio,² che ha incrociato i dati raccolti da cinque studi randomizzati-controllati, è emerso che ASA a una dose di almeno 75 mg/die (un quarto della dose normalmente assunta come antidolorifico, simile al dosaggio più utilizzato nella prevenzione cardiovascolare) per almeno 5 anni, è in grado di ridurre il rischio di cancro al colon del 25% e di mortalità associata a tumore colon-rettale del 35%. Successive metanalisi³ hanno evidenziato che l'uso regolare di

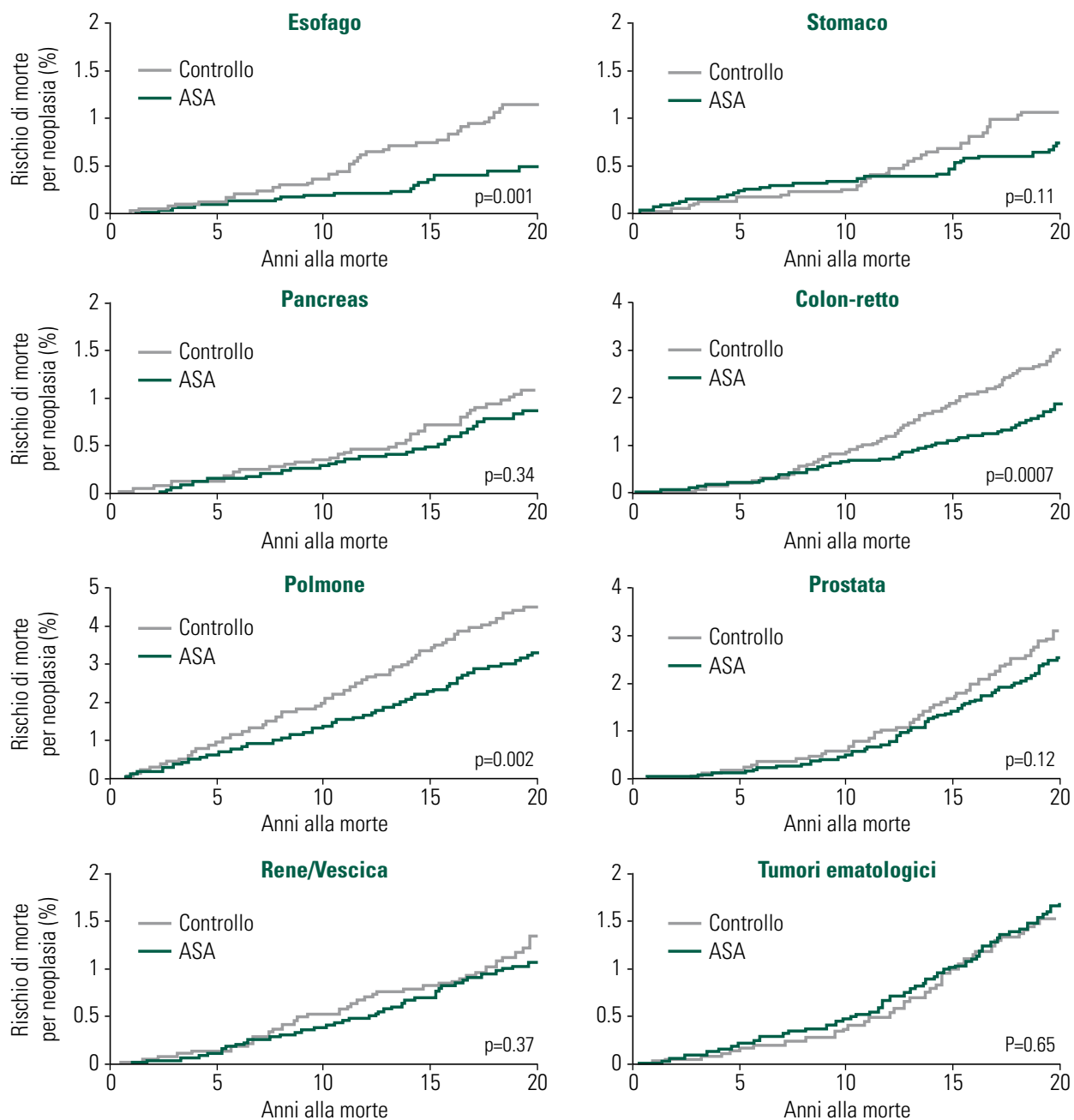
almeno 75 mg di ASA protegge dalla morte per diverse neoplasie (tra cui quella all'esofago, al polmone, allo stomaco, al pancreas e al cervello) in una percentuale compresa tra il 20% e il 35%.

Nell'arco di 20 anni il rischio si riduce in percentuali del 40% per il tumore intestinale, del 30% per quello polmonare, del 10% per quello alla prostata e del 60% per quello esofageo (figura 1). Gli ultimi studi di Rothwell e coll. pubblicati nel 2012,⁴ hanno invece messo in evidenza il ruolo protettivo di ASA contro la diffusione delle metastasi. Gli autori hanno indagato l'insorgenza di metastasi nei 987 soggetti che avevano sviluppato neoplasie solide mentre partecipavano a 5 trial di valutazione dell'efficacia cardiovascolare di ASA (≥ 75 mg/die).

Nell'arco di 6.5 anni, ASA è stata associata ad una riduzione del rischio di sviluppare metastasi (*hazard ratio* [HR] 0.64; IC 95% da 0.48 a 0.84), con una riduzione del 46% dell'adenocarcinoma. Gli effetti sono indipendenti dall'età e dal sesso dei pazienti, e il beneficio maggiore è risultato per i fumatori. Si ipotizza che tale effetto sia dovuto all'inibizione dell'aggregazione piastrinica che il farmaco esercita a basse dosi, impedendo l'adesione della cellula neoplastica alle cellule endoteliali del vaso sanguigno e il successivo passaggio dal vaso ai tessuti. L'ASA è stata studiata anche in

Figura 1

Riduzione del rischio di morte per neoplasia con ASA a basse dosi



ASA	6258	5816	5243	4485	2634	6258	5816	5243	4485	2634
Controllo	4244	3948	3545	3006	1493	4244	3948	3545	3006	1493

da Rothwell et al. Lancet 2011; 377: 31-41

soggetti con specifiche mutazioni genetiche. Liao⁵ e coll. hanno riportato di recente i risultati provenienti da un'analisi retrospettiva sul Nurses' Health Study e l'Health Professionals Follow-up Study. I pazienti con tumore al colon caratterizzati dalla presenza di mutazioni del gene PIK3CA che hanno utilizzato regolarmente ASA dopo la diagnosi hanno mostrato un vantaggio significativo di sopravvivenza, consistente in una riduzione del 46% della mortalità complessiva e dell'82% della mortalità legata nello specifico al colon-retto, mentre i soggetti con genotipo PIK3CA *wild-type* che hanno assunto regolarmente il farmaco dopo la diagnosi non hanno avuto benefici sulla mortalità di nessun tipo.

Una seconda analisi, pubblicata di recente,⁶ ha esaminato la correlazione tra l'uso di ASA e il rischio di cancro del colon-retto a seconda dello status genico di BRAF. I risultati indicano che l'uso regolare di ASA è associato a una significativa diminuzione del rischio di cancro del colon-retto, ma solo per i tumori con gene BRAF *wild-type* (*hazard ratio*, HR, aggiustato 0.73; IC al 95% 0.64-0.83). L'unico trial randomizzato fino ad ora pubblicato che ha analizzato come "end-point primario" lo sviluppo di cancro del colon è lo studio CAPP2,⁷ nei soggetti ad alto rischio per alterazioni genetiche, affetti da sindrome di Lynch. Questo studio che ha utilizzato dosi di ASA di 600 mg/die ha dimostrato una riduzione di quasi il 50% della mortalità per cancro del colon e dell'endometrio associati alla sindrome di Lynch.

Il meccanismo di azione con cui l'ASA esercita il suo effetto pre-

ventivo sul cancro non è del tutto chiaro, ma sembra legato alla sua azione antinfiammatoria, in particolare modo inibizione della COX-2 che è sovraespressa nella maggior parte dei tumori del colon-retto. Inoltre gli studi sul PIK3CA e BRAF suggeriscono un meccanismo d'azione più complesso che coinvolge, nella fase preventiva, le vie di trasduzione del segnale RAS-RAF-MEK-ERK e nella fase successiva la diagnosi di cancro al colon, il pathway PI3K-PTEN-AKT-mTOR.⁸

Come tutti i farmaci anche l'acido acetilsalicilico ha effetti collaterali, inibendo la COX-1 a livello principalmente del tratto gastrointestinale può indurre emorragie che si manifestano nei primi mesi di trattamento; il rischio aumenta con l'età, la dose e la presenza di *Helicobacter pylori* il quale espone chi lo ha contratto ad un rischio pari a tre volte superiore di future emorragie nello stomaco.⁹

► Studio di terapia adiuvante

A breve partirà uno studio di terapia adiuvante italiano, randomizzato di fase III, lo studio AIDA (Adjuvant Intervention with Daily Aspirin) che valuterà l'efficacia di ASA gastroresistente 100 mg per ridurre la recidiva da cancro del colon, stadio II e III, su circa 2.700 pazienti. Quindi a 100 anni dalla sua scoperta, questo farmaco continua a stupirci con "effetti speciali", con dati epidemiologici che sembrano dimostrare come l'effetto antitumorale stia diventando importante almeno quanto quello cardiovascolare. Nei prossimi anni gli studi clinici saranno in grado di confermare o meno queste indicazioni preliminari.

Bibliografia

1. Baron JA et al. A randomized trial of aspirin to prevent colorectal adenomas. *N Engl J Med* 2003; 348(10): 891-9.
2. Rothwell PM et al. Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomized trials. *Lancet* 2010; 376(9754): 1741-50.
3. Rothwell PM et al. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 2011; 377: 31-41.
4. Rothwell PM et al. Effect of daily aspirin on risk of cancer metastasis: a study of incident cancers during randomised controlled trials. *Lancet* 2012; 379: 1591-601.
5. a) Liao X et al. Aspirin use, tumor PIK3CA mutation, and colorectal-cancer survival. *N Engl J Med* 2012; 367: 1596-606. b) Domingo E et al. Evaluation of PIK3CA Mutation As a Predictor of Benefit From Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug Therapy in Colorectal Cancer. *J Clin Oncol* 2013;
6. Nishihara R, et al. Aspirin use and risk of colorectal cancer according to BRAF mutation status. *JAMA* 2013; 309: 2563-2571.
7. Burn J et al. Long-term effect of aspirin on cancer risk in carriers of hereditary colorectal cancer: an analysis from the CAPP2 randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378: 2081-87.
8. Pasche B. Differential effects of aspirin before and after diagnosis of colorectal cancer. *JAMA* 2013;309(24):2598-9
9. Chan, FK. Effects of *Helicobacter pylori* infection on long-term risk of peptic ulcer bleeding in low-dose aspirin users. *Gastroenterology* 2013;144(3):528-35.

www.qr-link.it/video/1213



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

Afezioni e problemi oculari derivanti dall'altitudine

Non esistono controindicazioni assolute ma è bene che chi soffre di problemi e patologie oculari e desidera andare in montagna si rivolga al medico che può consigliare precauzioni e controlli preventivi

Oriana Pecchio

Medico internista

Perfezionamento in Medicina di Montagna

Ospedale Molinette di Torino

Socio fondatore della Società Italiana di Medicina di Montagna

La retinopatia d'alta quota è un'affezione oculare frequente a quote superiori ai 4500 metri. Quasi sempre asintomatica, a volte determina una riduzione o un annebbiamento temporaneo della vista. La retinopatia d'alta quota è caratterizzata da piccole emorragie superficiali della retina. Non provocando sintomi di solito passa inosservata. Se compaiono alterazioni della vista, si impone la discesa a quote più basse, ma di solito non è necessaria alcuna terapia essendo la guarigione spontanea.

Le caratteristiche dell'ambiente montano quali la progressiva diminuzione della disponibilità di ossigeno e la secchezza dell'aria, devono essere tenute in considerazione da chi avesse dei problemi oculari pre-esistenti. I soggetti affetti da secchezza oculare devono essere avvisati della possibilità di esacerbazione dei sintomi e istruiti nell'uso di lacrime artificiali, il cui tipo (con o senza conservanti) e la cui frequenza di instillazione varia a seconda della gravità dei sintomi. All'esterno questi soggetti possono giovare di occhiali a maschera che proteggano gli occhi dal vento e dai raggi UV.

Nei soggetti portatori di lenti a contatto non si segnalano controindicazioni assolute al loro uso quando ci si reca in montagna, neppure a quote elevate, e ciò vale sia per quelle rigide, sia per quelle morbide. Tra i problemi principali ci sono la difficoltà a mantenere un'appropriata igiene delle lenti, la possibilità che le

soluzioni in cui si conservano le lenti congelino, la sensazione di sabbia negli occhi soprattutto con le rigide in ambiente ventoso e secco.

In alta quota sono state spesso utilizzate lenti usa e getta su base settimanale o quindicinale (senza rimuoverle di notte), ma il rischio di ulcere corneali aumenta di dieci volte rispetto all'uso solo di giorno. Un dolore oculare in soggetti che usano lenti a contatto morbide senza rimuoverle di notte, in ambiente di montagna remoto dovrebbe essere interpretato come sintomo di ulcera corneale sino a prova contraria e trattato rimuovendo le lenti e instillando un collirio antibiotico ad ampio spettro. Lo specialista curante deve fornire le dovute indicazioni prima del viaggio.

Poiché la pressione intraoculare sembra aumentare acutamente all'arrivo in alta quota, per tornare poi rapidamente a livelli normali, i soggetti affetti da glaucoma potrebbero sia avere un aggravamento, sia avere reazioni indesiderate da assorbimento ed effetto sistemico delle gocce di timololo usate in terapia cronica. L'acetazolamide, usato per profilassi e terapia del mal di montagna acuto, può essere una valida alternativa al beta bloccante.

Le persone sottoposte a cheratomiopia radiale per la correzione della miopia, in cui l'architettura della cornea è stata indebolita dalle incisioni radiali, in alta quota (superiore a 4500 m) potrebbero avere un'ipercorrezione della miopia e difficoltà alla visione da vicino. Oggigiorno la cheratomiopia radiale è stata sostituita dalla cheratectomia laser. Con la tecnica LASIK (laser in situ keratomileusis) sono riportati casi di alterazione della vista in senso miopico ad alta quota. Gli occhi dei soggetti sottoposti a chirurgia refrattiva sono inoltre più sensibili a secchezza e infezioni.

I sintomi non motori prodromici della malattia di Parkinson

Ad oggi la diagnosi della malattia di Parkinson si basa prevalentemente sull'osservazione clinica dei caratteristici disturbi del movimento. Esistono però anche dei sintomi e segni definiti non motori, che spesso precedono la fase motoria della malattia e la cui individuazione può portare ad un precoce inizio dell'iter diagnostico per identificare la malattia e ad instaurare quanto prima una terapia sintomatica utile a rallentarne la progressione

Marco Toffoli

Medico tirocinante, Sacile (PN)

Rosario Falanga

Medico di medicina generale tutor, Polcenigo (PN)

La malattia di Parkinson (PD), è un disordine neurodegenerativo progressivo e devastante che colpisce l'1% degli individui con più di 60 anni¹. Attualmente la diagnosi di tale disturbo si basa prevalentemente sull'osservazione clinica dei caratteristici disturbi del movimento (bradicinesia, rigidità muscolare, tremore a riposo e instabilità posturale) e sulla risposta a levodopa. Esistono però anche dei sintomi e segni definiti non motori, che spesso precedono la fase motoria della malattia e la cui individuazione da parte del medico può portare ad un precoce inizio dell'iter diagnostico per identificare la malattia e un repentino inizio della terapia. Questo si tradurrebbe in un beneficio per il paziente, in quanto esistono studi (ADAGIO², TEMPO³, DATATOP⁴) che hanno dimostrato che la terapia sintomatica può rivelarsi utile nel rallentare la progressione se introdotta in una fase precoce e che alcuni farmaci sintomatici (tra cui la rasagilina) se introdotti in questa fase danno effetti maggiori, non ottenibili nelle fasi più avanzate.

Riconosciuti solo più tardivamente, i segni e sintomi non motori della malattia di Parkinson includono disturbi autonomici (disfunzioni cardiovascolari, gastrointestinali, urinarie, sessuali e iperidrosi), sensoriali, neuropsichiatrici e del sonno⁵, in particolare il disturbo comportamentale in sonno REM (REM sleep Behavior Disorder - RBD). Sembra che tali segni e sintomi non motori si verifichino in una percentuale che va dal 60% al

98%⁶ dei pazienti affetti da PD.

Tali sintomi insorgono sia nelle fasi precoci che tardive della malattia e alcuni di essi (costipazione, iposmia, RBD, demenza, psicosi e ipotensione ortostatica) possono precedere il parkinsonismo motorio anche di molti anni, motivo per cui si è supposta l'esistenza di una fase premotoria o prodromica del PD⁷.

► Disturbo comportamentale in sonno REM (RBD)

L'RBD è considerato uno dei segni più importanti della fase prodromica della malattia di Parkinson. La prevalenza di RBD nei pazienti con PD è stimata tra il 14% e il 33%, e il rischio di sviluppare PD in un paziente con RBD è stimato intorno al 40% a 10 anni⁸.

Gli episodi di RBD avvengono ovviamente durante le fasi REM, che sono più frequenti durante la seconda parte del sonno, soprattutto nelle ore immediatamente precedenti al risveglio.

L'RBD è caratterizzato clinicamente da tre aspetti principali: il comportamento motorio anormale, la produzione verbale e la produzione onirica. Gli episodi di attivazione motoria anormale durante il sonno REM cominciano spesso con scatti ripetuti, seguiti alcuni secondi dopo da attività più intense ed apparentemente finalizzate, come tirare pugni, rotolarsi per proteggersi da qualcosa, correre, saltare giù dal letto. Chiaramente durante questi movimenti il paziente corre

il rischio di fare del male a se stesso e al partner che sta dormendo nello stesso letto, e se quest'ultimo cerca di svegliarlo, può succedere che le sue azioni e le sue parole si intreccino col sogno con il risultato di reazioni violente da parte del paziente stesso, tanto che sono stati riportati episodi di graffi, capelli tirati, fratture ossee ed ematomi subdurali.

Altri pattern motori, per quanto descritti molto raramente in letteratura, comprendono il defecare, l'urinare e il compiere atti sessuali.

Relativamente alla produzione verbale, si possono riscontrare sia durante il sonno REM che non-REM, grugniti, borbottii, vocalizzi ed anche l'articolazione di parole, ma tali reperti non sono da considerare necessariamente anormali. I vocalizzi del paziente con RBD sono però caratteristici perché particolarmente forti e perché suggeriscono un contenuto onirico estremamente spiacevole. Sono quindi comuni urla e imprecazioni ed è comune che la persona che riferisce gli episodi, spesso il coniuge, affermi che tali episodi si discostano completamente dalla natura mite del paziente.

Il contenuto dei sogni è spesso particolarmente spiacevole e può coinvolgere animali e insetti. Particolarmente frequenti sono i sogni dove il paziente o un suo caro sono inseguiti o attaccati; il paziente è quasi sempre il difensore e non l'attaccante. Una differenza importante con la maggior parte dei sogni e degli incubi è che, mentre in questi ultimi il sognatore riesce a ricordare il contenuto onirico solo per un periodo limitato e solitamente a metà giornata ne è già completamente immemore, quelli tipici dell'RBD rimangono impressi nella mente del paziente per diversi giorni. Questa caratteristica può però non essere presente nei pazienti in cui si

associa anche demenza, nel qual caso risulta fondamentale la testimonianza del partner⁹.

Il comportamento motorio anomalo e la produzione verbale sono strettamente correlati con il contenuto dei sogni (dream enactment), riportati dal paziente al momento del risveglio; il partner stesso è spesso capace di predire cosa il paziente stia sognando, in base al suo comportamento durante il sonno.

Un caso piuttosto divertente che descrive questo fenomeno è quello di un uomo che, mentre dormiva, afferrò la testa della moglie e cominciò a muovere le gambe come se stesse correndo, per poi gridare "farò questo touchdown" e forzare la testa della donna verso i suoi piedi; al risveglio l'uomo raccontò di aver sognato di essere nel bel mezzo di una partita di football¹⁰.

Sono stati messi a punto dei questionari per aiutare a individuare i vari sintomi descritti sopra, ma gli elementi base per una corretta diagnosi di RBD sono la testimonianza di chi assiste al comportamento anomalo del paziente durante il sonno (solitamente il partner), la descrizione dei sogni da parte del paziente stesso e i rilievi polisonnografici caratteristici.

► Conclusioni

Il PD è una patologia grave e relativamente comune¹ e ad oggi l'approccio terapeutico è solo di tipo sintomatico e viene instaurato solo successivamente alla comparsa delle prime manifestazioni motorie della malattia. Le varie terapie neuroprotettive in corso di studio stanno dimostrando risultati interessanti¹¹, ma rimane l'ostacolo dell'identificazione della patologia in stadio preclinico.

Una strada per risolvere questo problema è lo studio genetico alla

ricerca di fattori predisponenti.

Il rischio di sviluppare la patologia nei pazienti che presentano una sola delle mutazioni genetiche conosciute è però molto basso e solo l'associazione di più mutazioni e di fattori ambientali non ben determinati porta al PD. Per anni i sintomi non motori del PD hanno ricevuto poca attenzione da parte di medici e ricercatori, ma ora questi sintomi sono noti per essere utili campanelli d'allarme della patologia, nonché importanti fattori predittivi di morbidità nel determinare la qualità della vita, i costi della malattia e i tassi di istituzionalizzazione.

L'RBD è una particolare patologia del sonno, con una prevalenza stimata nella popolazione caucasica dello 0.5%¹² ed è ormai appurato che pazienti con RBD abbiano un rischio più alto di sviluppare la malattia di Parkinson¹³.

È importante che il Medico di medicina generale, per il ruolo che ricopre, conosca, intercetti e ponga attenzione a questi sintomi e nei casi sospetti invii l'assistito/a ad una consulenza neurologica presso un ambulatorio dedicato alla malattia di Parkinson, affinché possa essere correttamente valutato e, se necessario, venga impostata una idonea terapia sintomatica che, se introdotta nella fase precoce della malattia, può dare risultati maggiori di quelli ottenibili nelle fasi più avanzate.

Bibliografia

1. Samii A et al. Lancet 2004; 363: 1783-93.
2. Rascol O. et al. Lancet neurology 2011; 10: 415-23.
3. Hauser RA et al. Movement Dis 2009; 24: 564-73.
4. The Parkinson Study Group. New Engl J Med 1993; 328: 176-83.
5. Wolters EC. Parkinsonism & related disorders 2009; 15 Suppl 3, S6-12.
6. Swick TJ. Parkinson's disease 2012; 2012:205471.
7. Hawkes CH. Movement disorders 2008; 23, 1799-807.
8. Postuma R et al. Neurology 2009; 72: 1296-1300.
9. Boeve BF. Ann N Y Acad Sci 2010; 1184: 15-54.
10. Boeve BF et al. Neurology 1998; 51: 363-70.
11. Liu J et al. Cochrane database sys rev 2012; 5, CD008150.
12. Ohayon MM et al. J Clin Psychiatry 1997; 58, 369-76; quiz 377.
13. Gagnon JF. et al. Neurology 2002; 59: 585-9.

Antipertensivi testati in alta quota

Le attività alpinistiche sono caratterizzate da sforzi pesanti in un ambiente dove la bassa pressione barometrica e la conseguente ipossia, la temperatura e l'umidità, l'aumentata radiazione solare e la velocità del vento scatenano una serie di risposte fisio-patologiche respiratorie, cardiovascolari, neuro-endocrine e renali

Nei soggetti ipertesi, i meccanismi adattativi in quota possono essere accentuati poiché l'ipertensione, in conseguenza dell'iperattività simpatica di base e della disfunzione endoteliale vascolare, altera la risposta vasodilatatoria ipossica e quindi favorisce la successiva risposta vasocostrittrice simpatica. È quindi inevitabile che in montagna possa accadere un numero significativo di eventi avversi in assenza di una adeguata valutazione prima dell'ascesa e di un conseguente intervento preventivo quando necessario. L'esigenza di dare una risposta a questo problema ha portato alla conduzione di alcuni progetti di studio specifici disegnati e condotti dal Prof. Gianfranco Parati dell'università di Milano-Bicocca di Milano - Istituto Auxologico Italiano di Milano, con l'obiettivo di osservare e valutare l'effetto dell'ipossia ipobarica in alta quota sull'apparato cardiovascolare. Negli studi "HIGH CARE Himalaya" e "HIGH CARE Alps", un gruppo di vo-

lontari sani è stato esposto in acuto a quote superiori a 4.000 metri, fino ad un massimo di 5.400 del campo base dell'Everest. Il monitoraggio della pressione arteriosa nel corso delle 24 ore ha mostrato un aumento della stessa, con un incremento maggiore nelle ore notturne e proporzionale alla quota raggiunta. Si è inoltre osservato un aumento della frequenza cardiaca, una diversa forma di contrazione del cuore, che subisce una rotazione più evidente dell'apice del ventricolo sinistro, e una serie di alterazioni ormonali e di alcuni parametri legati allo stress ossidativo e all'infiammazione. A ciò si associava una modificazione della qualità del sonno e la presenza di importanti apnee centrali durante la notte.

Un ulteriore approfondimento delle informazioni raccolte nel volontario sano è rappresentato dallo studio HIGHCARE Andes, condotto dal Prof. Gianfranco Parati grazie a una collaborazione tra Università di Milano-Bicocca-Istituto Auxologico Italiano di Milano e l'Università Cayetano Heredia di Lima, Peru. 100 pazienti ipertesi lievi, non precedentemente trattati o dopo un periodo di wash out di 4 settimane dal precedente trattamento, che vivono costantemente a livello del mare a Lima sono stati randomizzati al trattamento in doppio cieco con placebo o con l'associazione telmisartan /nifedipina GITS. Dopo 6 mesi di terapia randomizzata, sono stati studiati a livello del mare e poi portati in gruppetti di 20 a un'altitudine di 3.300 metri, studiando quanto accade in una condizione che simula una breve vacanza in montagna. Si è osservato un aumento della

Figura 1

Pressione sistolica nelle 24 ore

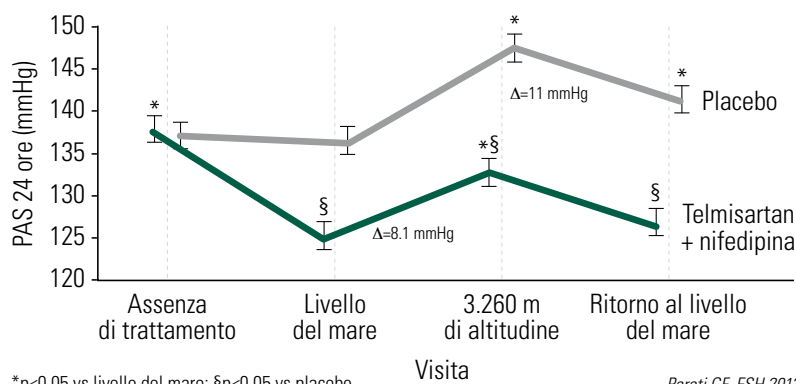
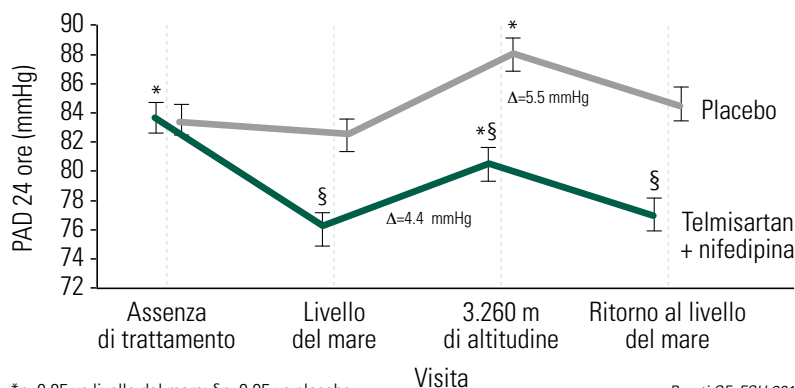


Figura 2

Pressione diastolica nelle 24 ore



pressione arteriosa anche nei pazienti ipertesi, tendenzialmente maggiore rispetto ai soggetti normali, soprattutto quando viene monitorata nelle 24 ore.

Inoltre, si è notato, sottoponendo questi soggetti ad un test da sforzo cardiopolmonare sia a livello mare che in quota, come l'attività fisica in quota, nonostante l'attesa riduzione della capacità di esercizio dovuta all'ipossia, determini un aumento di pressione arteriosa molto maggiore rispetto all'attività fisica esercitata a livello del mare. Il dato interessante è che il gruppo trattato con l'associazione telmisartan/nifedipina GITS aveva una protezione significativa; l'aumento pressorio indotto dalla quota era molto meno marcato e questo era evidente sia di giorno che di notte, sia a riposo che durante l'attività fisica (figura 1 e 2).

Lo studio HIGHCARE Andes oltre a dimostrare l'efficace protezione dell'associazione telmisartan/nifedipina GITS contro gli incrementi di pressione arteriosa indotti nelle 24 ore dall'esposizione all'alta quota, nonché la sua sicurezza e tollerabilità in tali condizioni, ha permesso di osservare anche una migliore saturazio-

ne di ossigeno nel sangue (figura 3). L'ipotesi più attendibile è che l'assunzione di nifedipina induca un miglioramento del circolo polmonare, come dimostrato da numerosi studi che hanno valutato l'utilità di nifedipina GITS nella prevenzione dell'edema polmonare da alta quota. Questo è un ulteriore vantaggio per un paziente iperteso in alta quota.

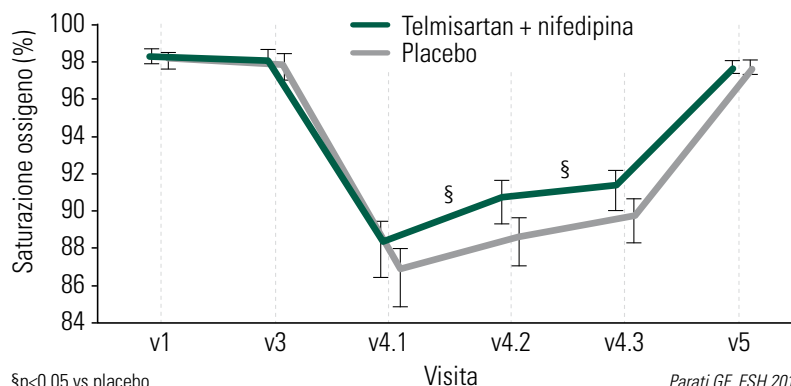
I risultati dello studio sono importanti non solo per i pazienti che si recano in alta quota per diletto, ma anche per chi lavora in alta quota. Lo sforzo fisico, anche molto importante, che ca-

ratterizza il lavoro in quota, può indurre un aumento pressorio molto più marcato, rispetto a quello prevedibile sulla base delle misurazioni di pressione ottenute durante una visita medica.

Le conclusioni dello studio permettono di affermare con certezza che anche i pazienti con alcuni problemi cardiovascolari, in particolare i pazienti ipertesi, possono recarsi in montagna. Devono però essere aiutati a farlo in modo attento e sicuro, creando in loro la consapevolezza della necessità di sottoporsi ad alcuni controlli preliminari, allo scopo di verificare che non vi siano condizioni nascoste che possono comportare un rischio elevato quando ci si espone all'ipossia ipobarica ad alta quota. In particolare, lo studio sottolinea l'importanza di una valutazione attenta dello stato ipertensivo e della misurazione della pressione in montagna per osservare di quanto i valori di pressione cambino in funzione della quota raggiunta e dell'attività che si svolge durante il periodo trascorso in alta quota. Tali pazienti devono infine essere invitati e supportati a rivedere con il proprio medico la terapia che stanno assumendo e a valutare le eventuali variazioni che si rendano necessarie.

Figura 3

Saturazione di ossigeno



Ca renale metastatico, una nuova opzione di cura

Il tumore del rene è stato negli ultimi anni la patologia oncologica per cui ci sono stati i più rilevanti progressi nelle conoscenze e nel trattamento. Oggi sono a disposizione diversi farmaci, che permettono un'ampia scelta, tenendo in considerazione anche la qualità di vita

Tabella 1

Appunti di epidemiologia

- Il carcinoma renale a cellule chiare (RCC) è la comune neoplasia ai reni negli adulti. In Italia rappresenta l'85% del totale a carico dell'organo
- Ogni anno in Italia vengono fatte 8.200 diagnosi di Ca renale, di cui circa 7.000 sono a cellule chiare. 3.200 è invece il numero dei pazienti che muoiono. 9 pazienti su 10 muoiono entro 5 anni
- Circa il 30% dei pazienti ha segni di metastasi già alla diagnosi; e il 40% dei pazienti cui viene diagnosticato un tumore localizzato, le svilupperà nei due anni successivi in altre parti del corpo
- L'introduzione delle terapie target ha avuto un impatto notevole nella gestione del carcinoma renale avanzato, migliorando i risultati per i pazienti

In un trial di recente pubblicazione sul *New England of Medicine* sono riportati i dati del primo confronto testa a testa tra pazopanib e sunitinib, i due inibitori della tirosin-chinasi ora impiegati nella cura del tumore renale metastatico (*N Engl J Med* 2013; 369: 722-31). Si tratta dello studio COMPARZ, (COMParing the efficacy, sAfty and toleRability of paZopanib vs. sunitinib), trial randomizzato in aperto di fase III, che ha dimostrato la non inferiorità di pazopanib rispetto a sunitinib per quando riguarda la sopravvivenza libera da malattia (PFS). Tutti i malati erano affetti da carcinoma renale metastatico (mRCC) a cellule chiare e non erano mai stati trattati con una terapia sistemica per il tumore metastatico o avanzato. COMPARZ ha dimostrato che l'*hazard ratio* della sopravvivenza libera da malattia nel confronto fra pazopanib e sunitinib è stato di 1.05 (95% IC 0.90, 1.22). Il margine predefinito per la non inferiorità era che il limite superiore dell'intervallo di confidenza (IC) al 95% fosse <1.25. La PFS mediana è stata di 8.4 mesi (95% IC 8.3, 10.9) per pazopanib e di 9.5 mesi (95% IC 8.3, 11.1) per sunitinib.

L'endpoint secondario del tasso di risposta obiettiva (ORR) è stato del 31% nel gruppo trattato con pazopanib contro il 25% nei pazienti trattati con sunitinib. L'analisi dei dati relativi alla sopravvivenza globale (OS) mostrano un *hazard ratio* di 0,91 (95% IC 0.76, 1.08; $p = 0.28$).

La sopravvivenza totale mediana è stata di 28.4 mesi (95% IC 26.2, 35.6) nei pazienti trattati con pazopanib e di 29.3 mesi nei pazienti trattati con sunitinib (95% IC 25.3, 32.5). Infine, lo studio ha evidenziato un risultato migliore e statisticamente significativo per pazopanib in 11 dei 14 domini di valutazione sulla qualità di vita (QOL). I domini della QOL comprendevano tra l'altro la fatigue, le mucositi, l'eritrodisestesia palmo-plantare, oltre ad altri parametri.

Sempre di più l'orientamento della ricerca, soprattutto in oncologia, si basa infatti sullo sviluppo del farmaco basato sul valore, dove la voce del paziente è essenziale e diventa un elemento chiave nella pratica clinica dello specialista. "Lo studio Comparz - sostiene il dott.

Giuseppe Procopio, oncologo all'Istituto Nazionale dei Tumori IRCCS di Milano - rappresenta però un importante passo avanti, perché ci offre la dimostrazione della non inferiorità di pazopanib rispetto a sunitinib. Di fronte a un dato di questo tipo, la variabile qualità di vita diventa un elemento predominante nella scelta terapeutica. Nel caso in cui due farmaci abbiano efficacia sovrapponibile, il medico deve ascoltare la voce del paziente anche perché la percezione che può avere un medico sull'impatto di una determinata terapia non è la stessa che ha chi la assume nella quotidianità".

www.qr-link.it/video/1213



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

Nuove prospettive per personalizzare la terapia della sclerosi multipla

La complementarietà di due nuovi principi attivi con diversi profili e meccanismi d'azione consente di prospettare ai pazienti schemi terapeutici altamente individualizzati

Patrizia Lattuada

L'armamentario terapeutico per la terapia della sclerosi multipla (SM) si arricchisce di due innovativi farmaci (ricerca Genzyme, Gruppo Sanofi) tra di loro complementari: teriflunomide, un immunosoppressore selettivo con caratteristiche antinfiammatorie attivo per via orale e l'anticorpo monoclonale alemtuzumab, entrambi approvati dalla Commissione Europea. "La disponibilità di più farmaci con profili diversi di efficacia e sicurezza è alla base del nuovo obiettivo del trattamento della SM: la terapia altamente individualizzata", spiega il Prof. **Giancarlo Comi**, Direttore Dipartimento Neurologico e Istituto di Neurologia Sperimentale del San Raffaele di Milano e tra i massimi esperti mondiali della malattia. "Anche se gli strumenti prognostici non sono ancora del tutto precisi, siamo in grado di ipotizzare con sufficiente sicurezza se l'evoluzione della malattia sarà più o meno o aggressiva. Su questa base il medico può scegliere la cura, se orale o con farmaci di maggiore potenza. Si tratta di un cambiamento di approccio: se finora si è utilizzato uno schema per cui a gravità crescente del danno si somministravano farmaci sempre più potenti, oggi si tende a utilizzare la cosiddetta terapia induttiva, cioè a precedere l'andamento della malattia invece che a subirlo. In tal modo contiamo di ridurre la disabilità a lungo termine".

► Profili farmacologici

"L'immunosoppressore selettivo teriflunomide, con un meccanismo ideale per trattare le malattie autoimmuni quali la SM, agisce bloccando la sintesi delle pirimidine, ma solo nelle cellule che sono in replicazione molto attiva, attraverso il blocco dell'enzima diidrototato deidrogenasi (DHODH). Gli studi con teriflunomide hanno dimostrato una riduzione della frequenza degli attacchi di circa il 35% e dato ancor più importante il farmaco ha dimostrato una significativa riduzione della disabilità. A questo va aggiunto la somministrazione orale, un elemento che comporta un importante beneficio alla qualità di vita del malato. Teriflunomide 14 mg è indicato nella SM recidivante remittente. Potrà essere utilizzato sia nelle fasi iniziali di malattia sia come mantenimento in pazienti precedentemente trattati con terapie 'induttive'. L'anticorpo monoclonale alemtuzumab è molto potente, poiché la sua azione è diretta verso i linfociti e diversamente da teriflunomide non ha una azione selettiva. Possiede un'efficacia estremamente prolungata (dopo la somministrazione la protezione è totale per un anno). Le due sperimentazioni cliniche che hanno portato all'approvazione sono state condotte verso interferone beta e nonostante la comparazione fosse verso un farmaco attivo, l'effica-

cia del farmaco si è rivelata importante: oltre il 50% di riduzione degli attacchi nei confronti di un farmaco che già di per sé riduce gli attacchi del 30%. Dunque un effetto molto potente con la cancellazione delle lesioni attive rilevate alla RM e anche un effetto positivo nella riduzione dell'atrofia cerebrale". Alemtuzumab 12 mg è indicato nella SM recidivante remittente con malattia attiva definita clinicamente o attraverso la RM. Lo schema di somministrazione è innovativo: nel primo ciclo viene somministrato per infusione endovenosa in cinque giorni consecutivi e, nel secondo ciclo, a dodici mesi di distanza, in tre giorni consecutivi.

Bibliografia

- O'Connor P et al. Randomized trial of oral teriflunomide for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2011; 365: 1293-1303.
- Miller A et al. Teriflunomide efficacy and safety in patients with relapsing multiple sclerosis: results from TOWER, a second pivotal phase 3 placebo-controlled study. *Neurology* 2013; 80: S01.004.
- Cohen A et al. Alemtuzumab versus interferon beta 1a as first-line treatment for patients with relapsing-remitting multiple sclerosis: a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet* 2012; 380: 1819-1828.
- Coles J et al. Alemtuzumab for patients with relapsing multiple sclerosis after disease-modifying therapy: a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet* 2012; 380: 1829-1839.
- www.ema.europa.eu

www.qr-link.it/video/1213



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

Stipsi: termine abusato o incompreso?

Fra i temi presentati e discussi in occasione della 21ª United European Gastroenterology Week (Berlino, 12-16 ottobre 2013) si è parlato anche di stipsi, un disturbo molto spesso autodiagnosticato e sovrastimato. Da uno studio italiano su 1914 soggetti è emerso che il 34.5% di essi (661/1914) considera di essere costipato ma in realtà tra loro uno su cinque non soffre di questo disturbo. I pazienti, infatti, tendono spesso a definire "stipsi" anche una semplice irregolarità intestinale, che può avere molteplici cause tra cui spesso la sindrome dell'intestino irritabile. Di converso, tra i soggetti che non ritengono di soffrire di stipsi oltre il 16% potrebbe essere, invece, diagnosticato tale. I gastroenterologi dell'AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti Ospedalieri) pongono, quindi, il problema se sia opportuno rivedere il linguaggio tra paziente e medico e gli attuali criteri di diagnosi.

Virtuose alleanze per una migliore sicurezza stradale

Annunciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la *Global Alliance for the Care of the Injured* è un'iniziativa mondiale per garantire entro il 2020 uno standard di cura efficace per tutte le vittime di incidenti e traumi. La *Global Alliance* rappresenta uno degli aspetti della *Decade of Action for Road Safety 2011-2020*, promossa da ONU/OMS che mira a salvare 5 milioni di vite umane nel prossimo decennio grazie ad uno sforzo che

coinvolge la gran parte dei Paesi in ambito educativo, formativo, normativo, di ricerca, di prevenzione. La SICUT (Società italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma) e la ESTES (European Society for Trauma and Emergency Surgery) sono direttamente impegnate al tavolo della Global Alliance e intendono promuoverla a livello nazionale, coinvolgendo tutte le figure sanitarie interessate, le Autorità e gli Amministratori, il mondo politico, le ONG, le associazioni, i media.



Terapia del dolore insegnamento negletto

Secondo uno studio presentato al congresso annuale della *European Pain Federation* (Firenze, 9-12 ottobre 2013) le scuole di medicina e chirurgia europee non prevedono sufficiente insegnamento in materia di medicina del dolore. Anche quando sono previsti corsi obbligatori essi richiedono in media solo 12 ore di frequenza nell'arco di un corso di laurea della durata complessiva di 6 anni, equivalente ad appena lo 0.2% della didattica erogata agli studenti di medicina durante i loro studi universitari. Si tratta dello studio *Appeal (Advancing the Provision of Pain Education and Learning)*, guidato da una task force di esperti multidisciplinari sotto la guida di EFIC® (*European Federation of IASP Chapters*), che ha coinvolto 242 scuole di medicina e chirurgia in 15 paesi europei. La carenza di conoscenze fra i medici è da tempo riconosciuta come

una barriera importante a un trattamento e gestione efficaci del dolore. Gli esperti invitano a garantire che l'insegnamento della terapia del dolore per gli studenti di medicina in tutta Europa sia idonea e possa far fronte ai correnti requisiti di salute pubblica. Il particolare raccomanda la creazione di un framework europeo per l'insegnamento della medicina del dolore, l'introduzione di corsi di insegnamento di terapia del dolore obbligatori per tutti gli studenti di medicina in Europa, una migliore documentazione dell'insegnamento di terapia del dolore nell'ambito dei programmi didattici universitari.

Videogame: giocare per neuroriabilitare

I Serious Games (SGs) sono giochi a computer progettati per la valutazione e la riabilitazione di patologie psichiatriche e neuropsicologiche. Si basano sulla piattaforma *Smart Aging* progettata come un ambiente di realtà virtuale in 3D, in grado di implementare anche test neuropsicologici di uso comune, scientificamente validati. Il SG richiede di eseguire compiti correlati alle attività quotidiane, vicini alla vita reale e, pertanto, consente di valutare diverse funzioni cognitive: funzioni esecutive (ragionamento e pianificazione), attenzione, memoria (a breve e lungo termine, prospettica), orientamento (visuo-spaziale). La Fondazione Mondino di Pavia ha promosso il progetto *Smart Cities*, i cui dati preliminari suggeriscono che il training interattivo può essere efficace nel ridurre il declino cognitivo ed i sintomi depressivi nei pazienti con malattia di Alzheimer.