

M.D.

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

Anno XX, numero 14 - 25 novembre 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

ITALIA SANITÀ 6

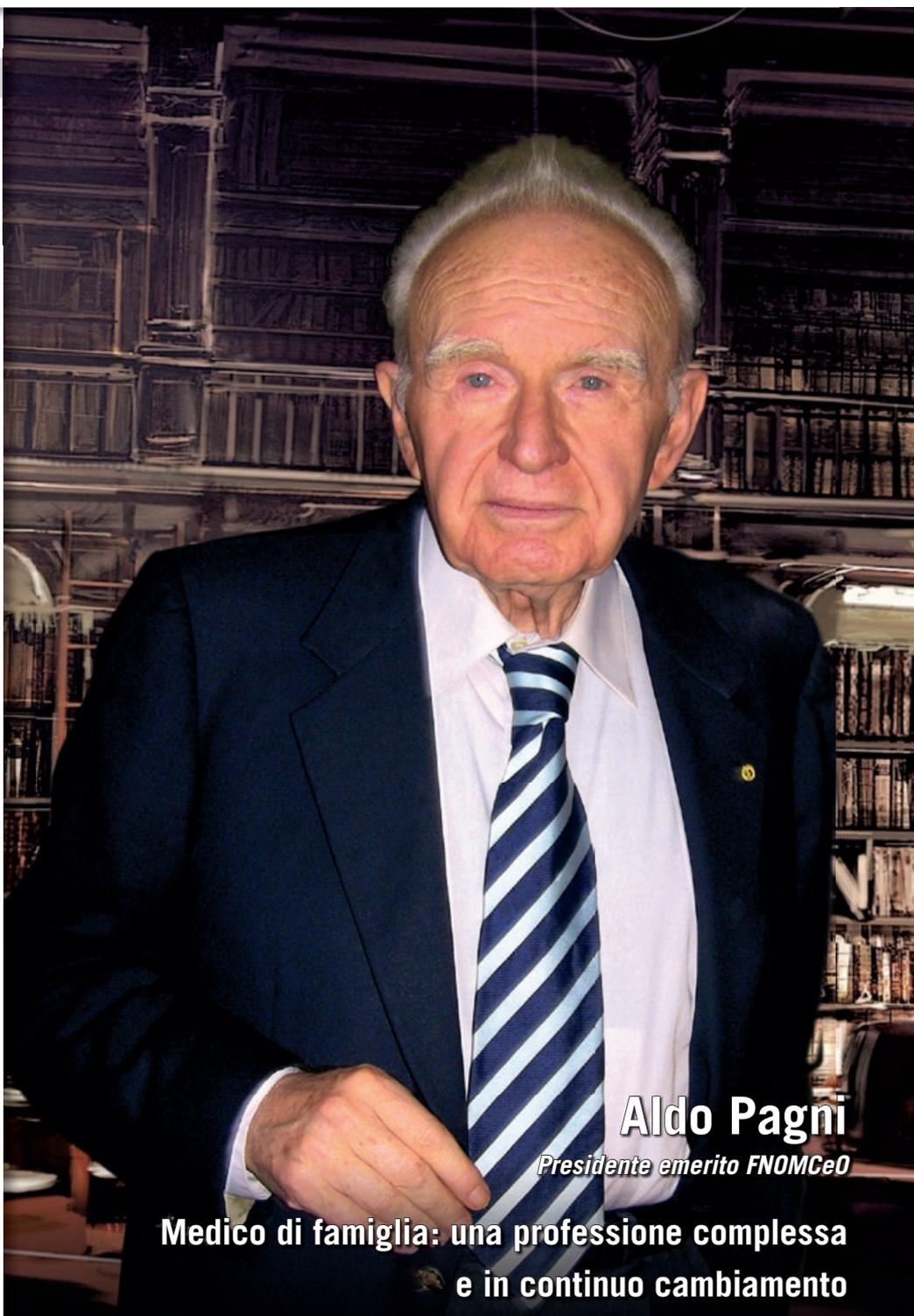
Modena dà il via al fascicolo sanitario elettronico

TRIBUNA 10

Riforma e mutazione genetica della medicina generale

RASSEGNA 22

Niove evidenze sul ruolo dell'ASA in prevenzione primaria e secondaria



Aldo Pagni

Presidente emerito FNOMCeO

**Medico di famiglia: una professione complessa
e in continuo cambiamento**

Studi dei Mmg aperti 24 ore? Tutto il mondo è Paese

M.D. Medicinae Doctor

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994
ROC n.4120

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggioni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

CONFINDUSTRIA

**FARMA
MEDIA**

Testata volontariamente sottoposta a certificazione
di tiratura e diffusione

Per il periodo 1/1/2012 - 31/12/2012

Periodicità: 15 numeri all'anno

Tiratura media: 30.507 copie

Diffusione media: 30.158 copie

Società di Revisione: RIA Grant Thornton

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

Il dibattito sull'apertura degli studi dei medici di famiglia 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 tiene banco anche in Gran Bretagna e sembra essere argomento dirimente del futuro dei sistemi sanitari nazionali.

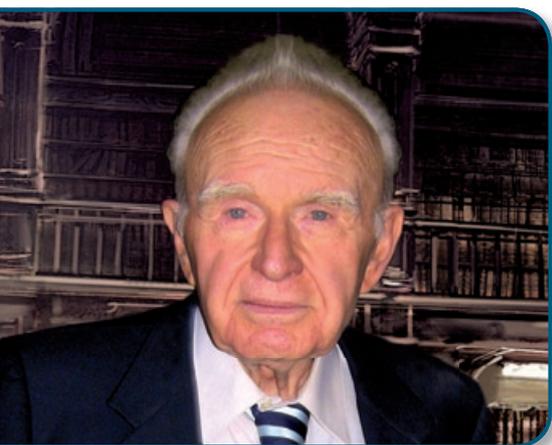
A testimoniare è il confronto pubblicato nella rubrica *Head to Head* del *BMJ* tra due generalisti di opposte vedute. I medici, in sintesi, esprimono la loro posizione favorevole o contraria sia sull'apertura no stop degli studi dei medici di famiglia, resa possibile da turnazioni e dall'accesso alla scheda elettronica del paziente, sia sull'eventualità o meno che le *Group Practices* diventino di proprietà dei medici che ci lavorano e li dirigono, oppure vengano trasformati in case della salute pubbliche (noi diremmo distrettuali), ovvero i cosiddetti centri Darzi (dal nome del loro ideatore all'epoca del governo Gordon Brown). Il confronto nasce dal fatto che delle vecchie idee laburiste quella dell'h24 7 giorni su 7 ha trovato consensi anche tra i conservatori più "consumeristi". Secondo **James Kingsland**, Presidente della *National Association of Primary Care* e membro anziano del *St. Hilary Group Practice* in Merseyside, una contea metropolitana del nordovest, non sarà possibile migliorare i risultati delle cure, la loro qualità e la soddisfazione dei pazienti senza modificare le modalità di accoglienza degli ambulatori, in termini sia di orario sia di ricettività. Per Kingsland, ottimizzare l'accesso alle cure primarie è indispensabile per fronteggiare l'utilizzo inappropriato dei servizi d'emergenza da parte di coloro che di cure urgenti proprio non hanno bisogno. Diametralmente opposto è il parere di **Peter Swinyard**, Presidente della *Family Doctor Association* e generalista a Swindon, una contea nel sudovest dell'Inghilterra. Per Swinyard, l'apertura di nuovi studi è una proposta poco praticabile nell'attuale clima finanziario, sarebbe invece molto più opportuno riprogettare l'assistenza sanitaria non programmata, tenendo ben presente che aumentare gli orari della medicina generale risolverebbe i casi non urgenti e non le emergenze.

Siccome l'argomento non ci è estraneo colgo l'occasione per ribadire che l'apertura no stop degli studi dei Mmg, oltre ad essere di non facile realizzazione, è inutile, perché priva di effetti positivi sulla salute della popolazione e dannosa in quanto foriera di un aumento inappropriato di spesa sanitaria per bisogni di salute solo presunti e non diminuisce gli accessi impropri al Pronto Soccorso, come ampiamente dimostrato dalla letteratura scientifica.

Stefano Alice

Medico di medicina generale, Genova

Medico di famiglia: una professione complessa e da tempo sottostimata



Aldo Pagni, Presidente emerito FNOMCeO, nella *Lectio magistralis* che ha tenuto di recente a Verona, durante il Convegno: “La Medicina Generale: una medicina di frontiera che cambia...” ha delineato i passaggi salienti dell’esercizio della Medicina Generale nel nostro Paese, sottolineando che per i Mmg poco o nulla è cambiato in questi anni, ma è cresciuto il disagio professionale per l’aumento delle incombenze burocratiche, per la debolezza organizzativa degli studi e per una formazione professionale inadeguata

► **Anna Sgritto**

Una Medicina complessa e difficile che ha posto e pone tutt’oggi i professionisti che hanno scelto di esercitarla a continue sollecitazioni sociali, politiche e istituzionali. Così **Aldo Pagni**, Presidente emerito FNOM-CeO, ha definito la Medicina Generale nella *Lectio magistralis* che ha tenuto di recente a Verona, durante il Convegno: “*La Medicina Generale: una medicina di frontiera che cambia ...*”. Obiettivo dell’incontro, organizzato dal Centro Studi della Fimmg di Verona “Daniele Girardi”, è stato quello di focalizzare l’attenzione sulle relazioni sistemiche tra storia della MG, metodi professionali e scientifici, assetto organizzativo della professione e pratica quotidiana, partendo dalla realtà e dalle esperienze locali. Gli organizzatori hanno ricordato che la Medicina Ge-

nerale veronese percorre da tempo una strada innovativa, intessuta di: gruppi volontari, impegnati su Ecm e Audit, team professionali e su “Patti” di appropriatezza con le Ulss, di rapporti scientifici regionali, nazionali ed internazionali. “Malgrado ciò - hanno precisato - c’è un cammino ancora lungo da percorrere, condizionato dal limite delle risorse e dall’opportunità di pubblicizzare all’esterno il valore generale dell’esperienza veronese”. Partendo da questo bagaglio esperienziale, i Mmg di Verona si sono confrontati con colleghi provenienti dalla Regione Veneto, dall’Italia e dall’estero. Particolare interesse e un acceso dibattito ha suscitato la relazione di *Benjamin Tudor Hart General Practitioner (GP)* di Londra che ha portato all’attenzione dei colleghi l’organizzazione e il metodo di la-

voro di una *Group Practice* londinese e quella di **John Robson** su: “Audit e qualità in Medicina Generale a Londra”.

La Gran Bretagna è da sempre un Paese di riferimento, un modello a cui, nel bene e nel male, hanno guardato i medici di medicina generale italiani. E non è un caso che Aldo Pagni, padre della Medicina Generale italiana, sia partito proprio da lì per delineare i passaggi salienti di una professione che è il fondamento dei sistemi sanitari, ma resta ancora misconosciuta: “Il medico di famiglia, avevano scritto gli inglesi - ha esordito Pagni - è ‘un angelo caduto dalla scala’, la scala gerarchica dei valori professionali. Gli universitari occupavano il gradino più alto, seguiti dagli ospedalieri e il gradino più basso era riservato ai Mmg”.

► **Ma la Medicina Generale inglese con l'istituzione dei College e l'insegnamento universitario si è emancipata da quella posizione, mentre nel nostro Paese è andata diversamente...**

"Purtroppo in Italia ci sono voluti anni - sottolinea Pagni - per liberarci dall'ipoteca negativa del medico della mutua, immortalato ingenerosamente dal film di Alberto Sordi. Il percorso è stato faticoso, difficile e ancora oggi i Mmg non riescono ad affrancarsi del tutto dal ruolo di Cenerentola in cui da sempre nel nostro Paese è stata relegata la Medicina Generale e i professionisti che scelgono di esercitarla. D'altronde, sin dall'istituzione del Ssn, i politici, nei consigli delle Usl, si sono preoccupati prevalentemente del controllo della spesa, piuttosto che della qualità professionale dei medici di medicina generale. La situazione non è migliorata quando la politica ha delegato ai *manager* la gestione delle aziende sanitarie, secondo criteri epidemiologici-statistici ed econometrici. Di fronte all'aumento crescente dei costi del Ssn, non dimentichiamo che in Italia gli economisti sanitari non hanno trovato nulla di meglio che imputare ai Mmg di non essere rigorosi 'guardiani del cancello' per limitare la domanda di prestazioni dei cittadini, definendoli 'ordinatori di spesa', quando in realtà l'aumento della spesa sanitaria doveva essere ricercata altrove. La Pubblica Amministrazione, peraltro, ha sempre ritenuto i medici di famiglia, in qualità di professionisti convenzionati, 'stranieri morali' nel Ssn, scegliendo da un lato di stipulare convenzioni con questa categoria meno costose di un discusso e discutibile rapporto di dipendenza e dall'altro ha cercato, progressivamente, di limitarne la natura libero-professionale con l'attribuzione di compiti buro-

cratici crescenti e la creazione di numerosi vincoli che ne hanno limitato nel tempo l'autonomia prescrittiva. Nel frattempo la politica ha polarizzato gli investimenti sulle attività di secondo e terzo livello e ha delineato un percorso formativo debole e inadeguato che ancora oggi penalizza la professione. La formazione dei medici di medicina generale soffre, infatti, di un ritardo incolmabile, perché nonostante i tentativi, non si è riusciti a istituire nelle Facoltà di Medicina dei reali dipartimenti autonomi, gestiti dagli stessi medici di famiglia. Nelle migliori circostanze ci si è limitati a organizzare corsi paralleli. Malgrado i continui appelli lanciati dalla professione, il legislatore si è rifiutato di riconoscere alla Medicina Generale il rango di specialità e i tre anni del corso di specializzazione post laurea patiscono le variabili di disomogeneità tra Regioni e una sostanziale improvvisazione programmatica".

► **Nella sua relazione ha definito la Medicina Generale una Medicina difficile e complessa...**

"La Medicina Generale è olistica, attenta all'uomo nella sua interezza. La definizione di questa Disciplina, nei documenti internazionali, è stata più volte rivista e ampliata. Tuttavia essa è la componente del sistema sanitario che fornisce agli individui, alle famiglie e alle comunità assistenza medica primaria, continuativa, completa e coordinata, in funzione della realizzazione di una terapia e di una prevenzione individualizzata, integrando le attuali conoscenze medico-sanitarie di natura biomedica, psicologica e sociale. I Mmg, quindi, operano in un ambito di incertezza e di difficoltà decisionali non facilmente codificabili e, oltre a incontrare spesso quadri morbosi organici in fase preclinica,

disagi esistenziali e malattie sociali, non hanno neanche un semplice e immediato accesso a strumenti diagnostici di utilizzo corrente in ambito clinico. Oggi il medico di famiglia è costretto ad affrontare una domanda di salute in crescita e completamente mutata, perché è il concetto stesso di salute che si è modificato. I cittadini chiedono di avere un punto di riferimento affidabile per i loro bisogni di salute che solo il Mmg può garantire. Gli specialisti necessitano di medici di famiglia competenti ai quali affidare la gestione e il monitoraggio di una relazione diagnostico-terapeutica in atto, frammentata tra competenze specialistiche diverse, tributarie della tecnologia e una giungla spesso sconcertante dei servizi sanitari. La sostenibilità del nostro Ssn dipende proprio dalla capacità di riequilibrare e integrare in maniera funzionale la realtà ospedaliera con quella territoriale. Purtroppo, la deospedalizzazione governata dai Drg, per ridurre i costi, e le degenze brevi hanno fatto capire tardivamente che in sanità vale la legge dei vasi comunicanti e che una domanda incompressibile finisce per scaricarsi sul territorio. E oggi legittimamente questo settore reclama un investimento finanziario cospicuo per riorganizzare la medicina del territorio, locali idonei e apparecchiature adeguate per soddisfare la domanda di salute e una formazione adeguata in tema di organizzazione, di gestione e di progettualità".

www.qr-link.it/video/1413



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

Modena dà il via al fascicolo sanitario elettronico

I cittadini di Modena e provincia avranno l'opportunità di consultare la propria storia clinica online in forma protetta e riservata

Migliorare l'erogazione dei servizi e semplificare il rapporto tra cittadino e sanità pubblica: con queste finalità a Modena è stato dato il via al Fascicolo sanitario elettronico (Fse). Il progetto è stato presentato di recente nel corso di una conferenza stampa alla quale hanno partecipato dal direttore sanitario dell'Azienda Usl di Modena **Cristina Marchesi**, dal direttore del Servizio Informativo Aziendale **Pierfrancesco Ghedini** e il direttore dell'Ufficio Relazioni col Pubblico **Maurizia Gherardi**. "Il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta una nuova applicazione concreta del web 2.0 nel campo della salute - ha precisato Cristina Marchesi -. Un'efficiente organizzazione dei servizi, basata anche su un uso appropriato delle tecnologie da parte di professionisti e utenti, consente di migliorare l'erogazione dei servizi e semplificare il rapporto tra cittadino e sanità pubblica. Il cittadino può consultare i propri dati, ma anche costruire autonomamente il proprio fascicolo inserendo i documenti posseduti ad oggi solo in formato cartaceo. Inoltre, funzionalità come la scelta del medico di famiglia oppure il pagamento on line dei ticket, rendono questo strumento ancora più utile per i cittadini". I cittadini modenesi, attraverso il Fse, infatti, potranno consultare i referti di laboratorio, scegliere il medico di famiglia, visualizzare le prescrizioni di visite, esami e farmaci. Per ottenere le credenziali di accesso e attivare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico dovranno collegarsi al si-

to www.fascicolo-sanitario.it seguire le istruzioni per la registrazione, presentandosi poi a uno dei 34 sportelli attivi in tutta la provincia.

► Condividere informazioni con un click

I dati, contenuti nel Fascicolo sanitario elettronico, sono a disposizione del proprio medico di medicina generale, se il cittadino ha rilasciato il relativo consenso. Chi non lo avesse ancora fatto, può rivolgersi al proprio Mmg o agli sportelli dell'Ausl.

Il Fse contiene i documenti sanitari presenti nella rete telematica "Sole" (Sanità on line) che, sul territorio dell'Emilia-Romagna, collega operatori e strutture del Servizio Sanitario Regionale per permettere la condivisione di informazioni sugli assistiti. E tuttavia non si tratta soltanto di un archivio digitale. Nel Fse è infatti possibile inserire documenti su visite o esami fatti in altre Regioni, tenere un taccuino di appunti sulle cure o le diete da seguire. A Modena è inoltre attiva l'opportunità di scelta e revoca del medico di famiglia e del pediatra. È possibile anche pagare, con modalità on line tramite carta di credito, il ticket eventualmente dovuto per usufruire di visite ed esami specialistici.

I documenti sanitari disponibili possono risalire sino al 2008, anno in cui la maggior parte dei medici e pediatri ha aderito alla rete "Sole". Progressivamente, saranno inseriti anche referti di visite, esami e lettere di dimissioni da strutture private accreditate e verranno attivate altre opzioni come la prenotazione di esami online.

In tutta l'Emilia-Romagna sono in distribuzione i materiali informativi, un depliant e una locandina, nelle sedi dei servizi e negli Uffici relazioni con il pubblico delle Aziende sanitarie e nei punti di prenotazione Cup.

L'organizzazione tra enfasi e vincoli normativi

I Mmg che liberamente in questi anni hanno puntato sull'organizzazione del proprio lavoro si sono dovuti far carico di ingenti oneri finanziari e hanno dovuto districarsi in una selva di norme. Un impegno vacuo, che rischia di essere cancellato con un colpo di spugna

Stefano Alice

Medico di medicina generale, Genova

Per i medici di famiglia "organizzati" è meglio: suona come una banalità alla Catalano anche perché risulta difficile trovare chi affermi il contrario. Certo, però, non si può proprio dire che il nostro contratto di lavoro (ACN) premi una buona organizzazione. Non è mai stata fatta (forse nemmeno proposta) neppure una cosa semplicissima, come legare il massimale delle scelte al livello organizzativo, che il medico (da solo o in gruppo) ha deciso di darsi. Eppure che ci sia un rapporto tra organizzazione e capacità produttiva è cosa evidente e scontata. Ancor più dovrebbe esserlo per la nostra controparte, che ha fatto dell'aziendalizzazione della sanità la sua formula magica. Ma non è tutto. Basta avere anche una sola dipendente (segretaria o infermiera) per dover affrontare una selva di norme. Lo ha descritto bene sul *Corriere della Sera*, **Beppe Severgnini** nell'articolo dal titolo: "Io Kafka e le leggi in ufficio": "Il sistema che dobbiamo affrontare è complesso; le norme da rispettare sono numerose, in mutazione vertiginosa e perpetua. Nonostante l'aiuto retribuito di commercialisti, legali, agenzie, consulenti del lavoro e consulenti per la sicurezza c'è sempre il timore di aver dimenticato qualcosa. Limitiamoci alla salute e alla sicurezza negli ambienti di lavoro: un percorso ad ostacoli di dichiarazioni, ispezioni, corsi di aggiornamento che rilasciano attestati colorati (...)". Segue un elenco di norme che anche il datore

di lavoro di un solo dipendente deve rispettare. Il giornalista ne cita dieci e commenta: "Molte di queste norme - lo avete capito - discendono da obblighi europei. In genere, una buona cosa: in molti settori la UE ha svegliato il pigro legislatore italiano e ci obbliga a comportamenti civili. Ma noi ci abbiamo messo la complicazione, la sovrapposizione, i numeri, i controlli, gli enti, le autorizzazioni e i certificati, miracolosamente moltiplicati come i pani e i pesci evangelici (meno necessari, però). Non ho dubbi. Le norme italiane sulla salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro, come molte altre leggi, nascono da buone intenzioni. Create per ostacolare i disonesti, però, finiscono per esasperare gli onesti. Mentre i disonesti, com'è noto, se ne fregano e tirano avanti impuniti".

► Esasperati e preoccupati

Tra gli esasperati, credo, possiamo essere annoverati noi medici di famiglia. A calcolare i costi crescenti che queste leggi comportano, erodendo i compensi che otteniamo per i nostri servizi, si fa presto. Una selva di norme che oltre ad esasperare i medici di famiglia ed a svuotarne le tasche, rischia di snaturare i nostri sindacati, spingendoli a mutar pelle e a trasformarsi in "agenzia di servizi", come nei giorni scorsi qualcuno tra i componenti della lista di discussione MIR ha acutamente osservato. Offriamo queste riflessioni ai colleghi che si apprestano ad affrontare quella negoziazione con la parte pubblica, che abbiamo definito "straordinaria ed insidiosa", che dovrebbe allineare, rigorosamente "a costo zero" per i nostri datori di lavoro, il nostro contratto di lavoro a quanto previsto dalla legge Balduzzi.

Non passa l'emendamento per istituire la scuola di specializzazione in MG

La Commissione di Bilancio del Senato ha dichiarato inammissibile, per mancanza di copertura finanziaria, l'emendamento di modifica del triennio di formazione specifica in MG in scuola di specializzazione

Non c'è la copertura finanziaria per trasformare il triennio di Formazione specifica in medicina generale in Scuola di Specializzazione. È stata questa la motivazione con cui la Commissione Bilancio del Senato ha bocciato l'emendamento del senatore **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, collegato al Decreto Legge di Stabilità. Nell'emendamento era previsto lo spostamento del fondo per la medicina generale, destinandolo proprio alla formazione specifica che sarebbe ricaduta sotto la gestione dell'Università.

► I dubbi di Fimmg-Formazione

“Questo emendamento - ha sottolineato **Marco Nardelli** Coordinatore della Fimmg Formazione Lazio - non è il primo che espone al Governo la volontà di evolvere verso un sistema formativo specialistico, ed è ora di intraprendere un percorso pianificato e coerente. Non vogliamo un drastico aumento economico, desideriamo solo che la nostra borsa di studio venga adeguata al tasso di inflazione e che ci venga riconosciuta la libertà di lavorare formandoci tramite le attività integrative professionalizzanti”. “Quale occasione migliore - continua Nardelli - per rivedere questo sistema, istituendo finalmente i Dipartimenti Regionali di Medicina Generale nei quali inserire il percorso formativo Specialistico, come indicato dall'Osservatorio del Ministero della Salute in un documento sulla formazione in Medicina Generale, che ne

sottolinea gli aspetti vincenti. Un percorso da intraprendere attraverso strategie *ad hoc*, che garantiscano l'accesso al mondo dell'assistenza primaria in sede contrattuale, legislativa, mettendo in risalto la garanzia di una reale scelta vocazionale del medico che decida di dedicare la sua vita professionale alla MG”.

Sul sito *Fimmg-Notizie*, in un articolo, **Giulia Zonno**, Coordinatrice nazionale Fimmg-Formazione, esprime le sue preoccupazioni per: *“una pioggia di emendamenti dell'ultimo minuto, improvvisati e in alcuni casi pericolosi per la Formazione ed il nostro futuro professionale”*. E in merito alla proposta di rendere la Formazione Specifica in MG una specializzazione scrive: *“non era pensabile che fossero accettati emendamenti che proponevano di rendere la Formazione Specifica in MG una specializzazione, senza che fosse indicata esattamente la copertura finanziaria per il raddoppio delle 2700 borse attualmente erogate in un anno. Emendamenti simili dovrebbero suscitare preoccupazione, perché rischiano, se approvati, di allontanare la formazione in MG dal territorio e dalle Regioni, con inevitabile svantaggio formativo, per consegnarla all'Università come specializzazione sottopagata e di serie B. Si aprirebbe inoltre la strada per l'individuazione di equipollenze con altre specialità universitarie-ospedaliere, diminuendo in molte regioni le possibilità di lavoro per chi ha scelto di formarsi per lavorare sul territorio”*.

Riforma e mutazione genetica della medicina generale

Il recente dibattito sulla bozza dell'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione in medicina generale ha avuto il pregio di rendere ancor più esplicita la babele che ha investito la riforma dell'assistenza primaria e che sta per mutare definitivamente ruolo e funzioni della medicina di famiglia nel nostro Paese

Carlo Iannotti
 Medico di medicina generale
 Benevento

Tutte le soluzioni finora messe in campo per ristrutturare l'assistenza primaria partono da analisi che presentano dei vizi di fondo e che riguardano: la irreperibilità del Mmg h24 ed il conseguente intasamento dei Pronto soccorso; l'aumento esponenziale delle cronicità; la sostenibilità del Ssn. Per quanto concerne la non disponibilità dei Mmg nelle 24 ore e il conseguente intasamento dei Pronto soccorso sostenere che si tratta di un falso problema. Per il passato, nei giorni prefestivi e festivi, il Mmg è stato sempre sostituito, nella sua attività, dai medici di continuità assistenziale e dal 118, secondo un modello che per anni ha dimostrato di funzionare. Se ultimamente i Ps si intasano ciò è causato dalla carenza di personale dovuto al blocco del turnover. Sono anni che per ogni medico che va in pensione la pianta organica perde ben tre unità operative. La soluzione del problema va risolta perciò all'origine. Obbligare, invece, il Mmg a lavorare h24 equivale soltanto a trasformare il suo rapporto fiduciario con il paziente che lo ha scelto, in un rapporto orario con la Asl. Non si tratta di vuota nostalgia per un rapporto paternalistico. Chi lavora da anni sul territorio sa bene che il paziente ha assolutamente bisogno di riferirsi ad un medico che ha meritato la sua fiducia sul campo dimostrando negli anni di essere - a suo giudizio - affidabile e capace. Distruggere questa relazione fiduciaria equivale a: condannare il sistema ad

una crescita esponenziale di esami e consulenze inutili; trasformare il cittadino-utente in una trottola impazzita alla ricerca di una improbabile sintesi nel coro di pareri dei vari specialisti. Senza contare i guasti e gli sprechi della inevitabile medicina difensiva che i medici "non fiduciari" saranno costretti a mettere in campo.

► L'aumento delle cronicità

In merito alle proiezioni di crescita dell'invecchiamento della popolazione con conseguente incremento della fragilità e della non autosufficienza non bisogna millantare, ma bisogna avere il coraggio di dire che tali questioni rivestono il carattere di problema sociale e perciò previdenziale, non già sanitario. La nostra esperienza di Mmg ci ha già dimostrato ampiamente che anche l'istituto dell'assistenza domiciliare (programmata o integrata) troppo spesso si infrange sull'assenza di figure parentali che possono assistere socialmente il familiare non autosufficiente. Spesso bisogna dialogare con una badante ignara della lingua, o fare i conti con l'assenza di un interlocutore che avvii una pratica di assistenza a domicilio, un profilo glicemico domiciliare, se non il semplice acquisto di farmaci. La verità è che mancano sul territorio strutture intermedie di assistenza per lungodegenti e un piano di welfare per persone non autosufficienti. È ora di dire basta a questa commistione surrettizia dei problemi di assistenza sanitaria con quelli di previdenza e

welfare. C'è più che mai necessità di scelte nitide che definiscano quanto e dove lo Stato vuole investire.

► La sostenibilità

Il nodo della sostenibilità non è venuto al pettine all'improvviso. L'ingerenza della politica nella programmazione sanitaria ha avuto il suo trionfo nella modifica del Titolo V. I dati dimostrano che, da allora, la spesa sanitaria è semplicemente raddoppiata a fronte di risposte sanitarie sempre più carenti. Basti pensare alla "grande incompiuta" dei Lea. Che dire poi della gestione sempre più allegra e miope delle aziende sanitarie? Ci lamentiamo sempre della pervasiva invadenza della politica, ma continuiamo a tenere le nostre rimostranze in "sordina" per un malinteso senso di realismo sindacale. La verità è che dopo tangentopoli la politica non ha fatto ammenda, ma ha mostrato i muscoli. Non dimentichiamo al riguardo quanto accaduto nella Conferenza delle Regioni del 21 giugno 2012 presso la Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e sull'efficienza del Ssn. Ebbene quel giorno le Regioni hanno avuto l'improntitudine di sostenere che *"la discrezionalità assegnata ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali, in qualità di privati datori di lavoro, implica necessariamente un carattere fiduciario degli incarichi apicali"*. È stupefacente definire i direttori "privati datori di lavoro", dimenticando che maneggiano denaro pubblico. Il dramma è che a denunciare questa deriva non si leva alcuna voce, da nessun sindacato, da nessuna istituzione medica. Anzi queste ultime troppo spesso vi fanno da sponda. Se i sindacati vorranno continuare a conservare la rappresentatività dei propri iscritti vi potranno riuscire solo

attraverso scelte radicali, coraggiose ma - soprattutto - facilmente comprensibili dalla maggior parte dei medici, tali da intercettare il loro diffuso malcontento. Certo i più saggi di noi potrebbero eccepire mille motivazioni per sostenere credibilmente l'opportunità di continuare su posizioni politiche moderate. Ma penso che non vi sia più spazio per sostenerle.

► Quale futuro?

Al momento tre sembrano i sentieri che possiamo percorrere: il primo ci riporta alle mutue, il secondo alla dipendenza, il terzo alla privatizzazione. Dovremmo avere il coraggio di spingere i sindacati a sceglierne uno. Sono assolutamente pervaso dal convincimento che solo strutture semplici e snelle come quelle rappresentate finora dalla miriade di presidi territoriali dei Mmg risultino vincenti rispetto a qualsiasi struttura complessa. Sono più gradite, più economiche e più gestibili. La storia lo ha già ampiamente dimostrato. Per andare avanti basterebbe guardarsi indietro. Considerare modelli del passato, preferibilmente a quelli antecedenti la legge 833 del 1978 che ha segnato l'ingresso dei politici nella gestione della sanità pubblica. Basterebbe opporsi alla gara in corso tra chi ipotizza costruzioni sempre più complesse e faraoniche con l'evidente scopo di candidarsi alla loro *governance*. Tra il medico ed il paziente non è necessario che si frappongano altri attori. Qualcuno sostiene che questa posizione sia motivata da inerzia al cambiamento dovuta a *deficit* culturale. Io sostengo invece che il pregresso successo della medicina generale italiana traeva ragion d'essere dal fatto che il Mmg operava come un sarto di "capi sartoriali" cuciti, di volta in volta, addosso al suo

paziente. Se per evoluzione culturale si deve intendere il passaggio alla realizzazione di "capi da confezione" per di più su modelli disegnati da altri (leggasi amministratori), sostengo che non si tratta di evoluzione. Se poi l'h24 o altri modelli di costruzioni territoriali complesse passeranno, finiremo per non realizzare più nemmeno l'abito da "confezione" per intero, ma solo una manica od un colletto.

Il decreto Balduzzi, ormai legge, ci obbliga a orari e mansioni sempre più vicini a quelli di un rapporto subordinato senza averne le garanzie normative e retributive. In prospettiva le nostre mansioni e le nostre competenze sembrano espandersi senza confini. Un simile contesto legittima l'aspirazione alla dipendenza. Ed è proprio per questo che ormai non risulta più così peregrina l'ipotesi di reclamare il passaggio alla dipendenza dei Mmg. Non si tratta di una motivata voglia di deresponsabilizzazione, ma di una vera e propria crisi di identità e di ruolo portata all'esplosione. Ma c'è un terzo scenario in agguato, il meno desiderato, ma il più probabile: la completa privatizzazione del Ssn. Somiglia molto alla prima soluzione e non è detto che sia la meno auspicabile. Per il passato le mutue private hanno dato prova di buon funzionamento. E comunque rappresentano certamente l'unico modo per sottrarre il Ssn dalla cattiva gestione della politica. Il dualismo pubblico/privato non è poi più sostenibile. Così come non è più credibile che la strada della loro possibile convivenza sia quella di aumentarne la competizione in modo virtuoso e positivo, riducendo gli spazi di inefficienza. Il perché lo sappiamo tutti. Il motivo del fallimento di questo modello è che "il privato" italiano è unico nel suo genere: privato nei profitti, ma con denaro pubblico.

La sostenibilità futura del Ssn è sempre più a rischio

L'invecchiamento della popolazione è un trend in progressivo aumento che farà innalzare la spesa sanitaria mettendo seriamente in crisi l'assetto del nostro sistema sanitario. Il monito è stato lanciato nel corso del convegno "Sostenibilità del Sistema sanitario: come innovare?" svoltosi presso l'Istituto Luigi Sturzo di Roma

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un trend in progressivo aumento. Secondo quanto sottolineato da **Antonio Golini**, presidente dell'Istat, nel corso del convegno: *Sostenibilità del Sistema sanitario: come innovare?*, nel 2050 gli ultraottantenni saliranno dal 5.8% al 13.6% e gli over 65 costituiranno circa un terzo della popolazione italiana a fronte dell'attuale 20%. Inoltre, nel 2050 la spesa sanitaria per la popolazione fino a 64 anni assorbirà soltanto un terzo del totale, mentre ora ammonta a oltre la metà.

Un fenomeno che apre scenari del tutto nuovi per la sanità del nostro Paese e che richiede una forte dose di innovazione per garantire la sostenibilità del sistema. In questo senso, un ruolo decisivo spetta ai flussi migratori. "L'immigrazione determina benefici - ha osservato Golini - sia perché compensa gli squilibri quantitativi sia per il suo contributo decisivo sul tessuto occupazionale. La popolazione nata all'estero abbassa sensibilmente il tasso di dipendenza dagli over 65". È quindi necessario ripensare l'approccio ad alcune politiche sanitarie.

► Rivedere il Titolo V

La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale passa anche per una riorganizzazione complessiva e in particolare "dipende in primo luogo dalla riforma del Titolo V

della Costituzione" - ha sottolineato **Emilia De Biasi**, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato. "I 21 micro stati attuali mal si collegano al concetto di universalismo in quanto presentano troppe difformità. La risposta non può essere però quella di accentrare tutti i poteri nel Ministero della Salute, poiché il Ssn è un valore di prossimità". Tuttavia alcuni cambiamenti sono indispensabili in quanto "il sistema attuale - ha evidenziato De Biasi - non è inquadrabile né nella categoria del federalismo né in quella del decentramento". È quindi urgente e necessaria "una revisione del rapporto tra Stato e Regioni e di conseguenza anche del rapporto tra Stato e mercato". Qualsiasi tipo di scelta non può però "precludere dal coinvolgimento del Parlamento, perché delegare tutto al governo è assolutamente impensabile". Nel complesso - secondo il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato - lo Stato ha il dovere di "ridefinire Linee guida e Lea e di compiere un ragionamento serio sull'universalismo selettivo: l'esenzione dei ticket al 70%, non significa tutelare l'uguaglianza". Per invertire la rotta bisogna allora "passare da ipotesi di lavoro monetariste a ipotesi di visione, cercando maggiore coesione e collaborazione per interrompere - ha concluso De Biasi - l'attuale contrapposizione tra gli attori del sistema".

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **CARDIOLOGIA**

Apnea notturna nei portatori di pacemaker

■ **FARMACI**

Alcoldipendenza, alla conquista di obiettivi realistici

■ **GINECOLOGIA**

Innovativa terapia laser contro i disturbi del climaterio

■ **MALATTIE RARE**

Fibrosi cistica, il passaggio da adolescente ad adulto

■ **PSICHIATRIA**

Depressione ad esordio adolescenziale: cosa si può fare?

■ **REUMATOLOGIA**

Quando le malattie reumatiche colpiscono l'età pediatrica

■ CARDIOLOGIA

Apnea notturna nei portatori di pacemaker

L'apnea notturna è una patologia molto diffusa e raramente diagnosticata nei pazienti con pacemaker che aumenta il rischio di comorbidità cardiovascolari e di mortalità. Essa complica inoltre la gestione delle comuni comorbidità cardiovascolari, quali la fibrillazione atriale e lo scompenso cardiaco (*Circulation* 2010; 122: 352-60).

“La sleep apnea severa che determina in media più di 30 apnee all'ora - ha commentato il professor **Alessandro Capucci**, Direttore della Clinica di Cardiologia e della Scuola di Specialità in Malattie dell'apparato cardiovascolare, Università Politecnica delle Marche (AN) - si accompagna a prognosi di mortalità superiori del 5-10% a 2-5 anni dalla diagnosi iniziale. Una sleep apnea severa porta a una riduzione della saturazione d'ossigeno con un conseguente aumento delle catecolamine circolanti, che determinano un aumento della pressione media arteriosa anche durante la notte, quando normalmente si riduce. In sostanza questa patologia obbliga l'individuo a lavorare ad un livello di energia superiore e ad un consumo più rapido delle sue risorse”.

Si stima che in Italia il 4% della popolazione maschile e il 2% della

popolazione femminile, quindi circa 2 milioni di persone, soffrono di un'importante alterazione della struttura del sonno indotta dalle apnee e, di conseguenza, manifestino sintomi che si ripercuotono sulla qualità della vita, in particolare una sonnolenza durante il giorno.

“L'approccio alla patologia è multidisciplinare - ha spiegato **Alberto Braghiroli**, della Divisione di Pneumologia Riabilitativa, Fondazione “Salvatore Maugeri”, IRCCS, Istituto Scientifico di Veruno (NO) - perché multidisciplinare è il trattamento. Quello più efficace è l'utilizzo della CPAP (*continuous positive airway pressure*), una mascherina connessa con un sistema che manda una pressione positiva nelle vie aeree, impedendone il collasso. Nelle forme meno gravi possono essere impiegati dispositivi ortodontici che aiutano a collocare la mandibola in una posizione più anteriore, aumentando lo spazio delle vie aeree, mentre in caso di grosso ingombro delle strutture faringee, tonsillari e del palato l'approccio è chirurgico. Sono infine possibili anche terapie posturali per le persone che presentano il problema solo quando sono supine”.

Lo screening della *sleep apnea* può essere oggi affidato a un particola-

re pacemaker. REPLY 200, questo il nome del dispositivo, oltre a svolgere il compito di sorvegliare il ritmo cardiaco del paziente e attivare la stimolazione necessaria in caso di ritmo bradicardico è anche in grado di rilevare l'ampiezza e la frequenza degli atti respiratori del paziente, misurando l'impedenza elettrica del torace. I dati vengono immagazzinati, insieme a quelli di frequenza cardiaca, alle aritmie presenti, alla percentuale di entrata in funzione del pacemaker e quindi analizzati onde poter stabilire condotte terapeutiche appropriate per ogni paziente.

Comorbidità cardiovascolari nei portatori di pacemaker



- Sleep apnea
- Ipertensione resistente
- Ictus
- Scompenso cardiaco
- Aritmie
- Malattie coronariche

www.qr-link.it/video/1413



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

■ FARMACI

Alcoldipendenza, alla conquista di obiettivi realistici

Nei pazienti con alcodipendenza l'approccio interamente basato sull'astensione completa dal consumo di alcol non è un obiettivo realistico, anzi talvolta diventa una barriera all'inizio e al mantenimento del trattamento della dipendenza. È da poco disponibile una nuova strategia basata sulla riduzione del consumo, obiettivo più facilmente perseguibile e accettabile, quale step intermedio verso la completa astensione, approccio che può motivare un numero maggiore di pazienti ad avviare il trattamento e proseguirlo.

Ciò avviene grazie alla somministrazione di nalmefene, il primo ed unico farmaco autorizzato per la riduzione del consumo di alcol in pazienti con alcodipendenza con consumo ad elevato rischio. "Nalmefene - ha illustrato **Luigi Janiri**, professore di Psichiatria all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - è indicato in soggetti adulti con dipendenza da alcol che hanno livelli di consumo ad elevato rischio quantificabili in più di

60 g di alcol al giorno per gli uomini e più di 40 g al giorno per le donne, senza sintomi fisici da sospensione e che non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Il farmaco deve essere assunto secondo necessità, massimo una compressa al giorno da assumere preferibilmente 1-2 ore prima dell'orario previsto per il consumo di alcol. Se il paziente inizia a consumare alcol senza aver preso nalmefene, deve assumere una compressa il più presto possibile".

Questo nuovo paradigma di trattamento può sicuramente stimolare più soggetti con un problema legato all'uso di alcol a chiedere aiuto, rivolgendosi ad uno specialista. Se si pensa che ad oggi su circa un milione di alcodipendenti in Italia solo 58 mila si rivolgono ai Servizi (come riportano i dati del Ministero della Salute) questo nuovo paradigma di trattamento può smuovere tutto quel mondo sommerso fatto di persone che non vogliono o non riescono a raggiungere l'astensione tout court.

Inoltre, la posologia secondo necessità contribuisce alla responsabilizzazione del paziente verso il suo consumo di alcol. Senza calcolare che è una posologia che permette di non esporre il paziente ad un farmaco se non quando è necessario.

▶ Meccanismo d'azione

Numerose evidenze mostrano come l'uso ripetuto di alcol porti ad una riduzione del rilascio di endorfine e dell'attività dei recettori μ degli oppioidi, responsabile del consumo continuo di alcol. Inoltre, l'uso cronico di alcol causa un'iperattività del sistema delle dinorfine/recettori k , che contribuisce ad aumentare il consumo di alcol creando disforia, anedonia e stress.

Nalmefene è un modulatore del sistema degli oppioidi con un distinto profilo recettoriale μ , δ e κ , in quanto è un antagonista dei recettori μ e δ ed un agonista parziale dei recettori κ degli oppioidi.

Il blocco dei recettori μ degli oppioidi fa provare alla persona meno piacere nel bere rispetto a prima, portando quindi ad una riduzione del consumo di alcol. L'agonismo parziale sui recettori κ contribuisce a ridurre l'iperattività del sistema dinorfine/recettori κ , il rinforzo negativo e l'uso compulsivo di alcol. Grazie alla modulazione del sistema degli oppioidi, nalmefene riduce gli effetti di rinforzo dell'alcol e aiuta le persone a ridurre il consumo di alcol (Mann et al. *Biol Psychiatry* 2013; 73:706-13; Keating, *CNS Drugs* 2013; 27: 761-72).

www.qr-link.it/video/1413



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



■ GINECOLOGIA

Innovativa terapia laser contro i disturbi del climaterio

Nella donna dopo i 50 anni quanto riguarda la sfera intima è strettamente collegato al problema dell'atrofia vaginale, spesso sottovalutato nonostante la sua rilevanza per il benessere personale e di coppia. È noto che durante il climaterio tutti gli organi del corpo della donna, compresi quelli genitali, sono soggetti a un lento e progressivo invecchiamento dovuto allo scorrere del tempo. La perdita di turgore e idratazione dei tessuti delle zone intime induce scarsa lubrificazione vaginale, causando numerosi disturbi. Ma prurito, secchezza, bruciore, calore, cistiti ricorrenti e persino dolore durante il rapporto sessuale sono sintomi spesso presenti anche tra pazienti giovani, sottoposte a radio o chemioterapia dopo trattamento oncologico.

Ruolo del medico dovrebbe essere quello di affrontare la questione, slegandola dalle credenze errate e dando alla paziente la cognizione che l'atrofia sia un sintomo reversibile se affrontato con la terapia adatta. Purtroppo spesso il medico si sottrae a questa sua funzione cardine: le pazienti riferiscono che il ginecologo quasi mai

o raramente rivolge loro domande a riguardo e spesso in maniera frettolosa e non delicata. A complicare la situazione si rileva anche come la parte femminile della coppia spesso affronta l'argomento con difficoltà, fino ad arrivare alla completa astensione dall'attività sessuale, mentre da parte dell'uomo si ha un minore imbarazzo nell'affrontare la questione e la maggior percentuale degli uomini non riporta calo del desiderio o aggravamento del proprio preesistente disturbo sessuale in correlazione all'atrofia manifestata dalla compagna.

I traguardi raggiunti dalla tecnologia permettono di combattere i disturbi legati alla menopausa con l'impiego di un laser: Monnalisa Touch è una metodica che si sta velocemente espandendo in tutta Italia e si sta affermando nei più importanti centri medici in cui esercitano affermati ginecologi. A distanza di un anno dalla sua introduzione sono stati eseguiti oltre 1000 trattamenti in tutta Italia.

► Le esperienze sul campo

“Da giugno 2012 a oggi si è svolta presso l'ospedale San Raffaele di

Milano un'intensa attività concernente l'utilizzo di questo laser nel trattamento dell'atrofia vaginale - ha spiegato il professore **Stefano Salvatore**, Responsabile UF Uroginecologia, IRCCS San Raffaele di Milano. Le pazienti trattate presentavano caratteristiche e sintomi legati ai disturbi della menopausa come: sensazione di disagio e sintomatologia correlata a lassità vaginale, secchezza vaginale, irritazione vaginale o bruciore e dispareunia. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad un intero ciclo di trattamenti che prevedeva 3 applicazioni laser e un follow-up 12 mesi dopo la terapia. Per quanto riguarda i principali sintomi dell'atrofia vaginale in condizioni basali tra il primo e il terzo trattamento si è constatato una riduzione di: bruciore dal 45% al 16%, prurito dal 40% al 15%, secchezza dal 52% al 24%, dispareunia dal 48% al 28% e lassità vaginale dal 60% al 10%. Le statistiche sono in continuo aggiornamento e portatrici di continui sviluppi e campi di applicazione. In nessun caso è stato registrato alcun effetto indesiderato o complicanza”.

www.qr-link.it/video/1413



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

■ MALATTIE RARE

Fibrosi cistica, il passaggio da adolescente ad adulto

Il vissuto degli adolescenti e dei genitori sui problemi che gravitano intorno alla fibrosi cistica sembra essere sostanzialmente concorde. È questo uno dei dati che è emerso dai dati del progetto L.IN.F.A. (Laboratorio Interattivo sulla Fibrosi Cistica nell'Adolescenza). In sintesi i risultati emersi mostrano un quadro confortante per quanto riguarda la salute degli adolescenti e i progressi fatti ma evidenziano anche delle strade da percorrere nel futuro per migliorare l'offerta sanitaria con l'obiettivo di contribuire alla qualità di vita dei ragazzi con fibrosi cistica.

► L'evoluzione della terapia

In ambito terapeutico il cambiamento che si è registrato a partire dall'inizio degli anni '80 ha sicuramente garantito una maggiore aspettativa e una migliore qualità di vita ai pazienti con fibrosi cistica di tutte le età, quindi anche degli adolescenti. Pur in presenza di grandi aspettative per terapie effettivamente mirate al controllo del difetto di base, il programma di cure standard adeguatamente personalizzato, resta comunque la più importante risorsa che ha contribuito anche a far sì che quantità e qualità di vita siano tanto migliorate.

“Tuttavia - ha precisato la professoressa **Vincenzina Lucidi**, responsabile del Centro FC dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma - l'aderenza alla terapia viene messa in “crisi” quando l'adolescente, già vulnerabile nelle relazioni con gli altri, si percepisce diverso. Inoltre, i trattamenti farmacologici, la fisioterapia respiratoria, il regime nutrizionale controllato con enzimi pancreatici per migliorare l'assorbimento dei principi nutritivi e l'attività fisica mettono di fronte il ragazzo a un carico terapeutico di oltre due ore al giorno di impegno. Questo provoca spesso scarsa aderenza alle cure con un maggior rischio di complicanze e nelle ragazze bisognose di confrontarsi con stereotipi sociali (per esempio la pancia piatta) un'alimentazione non adeguata e la mancata assunzione degli enzimi pancreatici sono responsabili della progressione della malattia”. Dalla ricerca L.IN.F.A. emerge inoltre che la terapia è invadente per quasi la metà dei ragazzi in termini di tempo (46%) e comunque imbarazzante da fare in pubblico (51%); inoltre interferisce con le cose che i giovani devono fare nella quotidianità (38%). Per raggiungere un giusto compromesso tra vita quotidiana ed esigenze terapeutiche è indispensabile un lavoro teso a sviluppare sin da piccoli l'au-

tostima in modo che i pazienti imparino a gestire la propria malattia in modo consapevole e autonomo. È molto importante l'alleanza con i genitori: la famiglia è infatti l'ambito relazionale in grado di garantire un aiuto concreto nella vita di ogni giorno. Un altro punto di riferimento importantissimo per i ragazzi è il proprio medico, che rappresenta un altro punto fermo nella vita del paziente. Il 74% degli intervistati si dichiara soddisfatto di come il proprio medico lo coinvolge nella scelta delle terapie, il 76% è soddisfatto di come il medico spiega le terapie, la dieta e l'evoluzione della malattia e il 78% è contento del livello di ascolto che il medico presta nei confronti delle preoccupazioni dell'adolescente.

► La ricerca L.IN.F.A.

La ricerca, realizzata con il supporto di Abbott e il patrocinio di LIGC (Lega Italiana Fibrosi Cistica) e SIFC (Società Italiana Fibrosi Cistica) ha coinvolto 17 centri, 168 ragazzi (52% femmine, 48% maschi) e 225 genitori (59% madri, 41% padri) ed è stata con un questionario di autovalutazione e un diario digitale (*scrapbook*) dove ogni ragazzo poteva rappresentare la sua malattia con parole e immagini.

www.qr-link.it/video/1413



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

■ PSICHIATRIA

Depressione ad esordio adolescenziale: cosa si può fare?

Le malattie depressive sono oggi particolarmente attuali: fanno da corollario all'incremento degli eventi stressanti della quotidianità e purtroppo hanno spesso come epilogo eventi di cronaca nera ma sono spesso circondate da scarsa considerazione e conoscenza limitata. A colmare in parte questo vuoto ha contribuito la decima edizione de "La Giornata Europea sulla Depressione", che quest'anno è stata affiancata dal congresso "Depressione e comunicazione: nuovi traguardi" (Pescara, 19-20 ottobre 2013). Nel corso dei lavori è stato sottolineato quanto tali patologie depressive siano frequenti anche negli adolescenti (anzi, sovente è proprio questo il momento di esordio della malattia), ma spesso anche misconosciute.

In età adolescenziale la definizione, diagnosi, classificazione e trattamento dei disturbi depressivi presenta ancora degli aspetti problematici. La difficoltà è dovuta alla variabilità e peculiarità dell'espressione clinica di questi disturbi in questa fascia d'età. I sintomi spesso non vengono riconosciuti, sono sottovalutati e/o non trattati adeguatamente, sebbene vi siano indicazioni, protocolli e linee guida elaborati, approvati e condivisi dalla

comunità scientifica internazionale. In età adolescenziale esistono variabilità sintomatologiche a carattere depressivo che soddisfano soltanto in parte i criteri diagnostici comunemente utilizzati nell'adulto per i disturbi dell'umore. Questi quadri depressivi sono più frequenti di quanto ritenuto e diagnosticato in passato. Possono essere cronici o ricorrenti, associati ad una compromissione importante del funzionamento cognitivo e sociale e alle capacità adattative dell'adolescente. Inoltre, alcuni dei quadri clinici hanno un alto rischio di evoluzione in quadri psicopatologici più gravi anche associati a tentativi autolesivi. Una delle situazioni attraverso cui i disturbi depressivi si manifestano in età adolescenziale è il cosiddetto "disagio scolastico" che può avere diverse manifestazioni, dal semplice disturbare in/la classe, a irrequietezza e iperattività, a difficoltà dell'apprendimento con deficit di attenzione e concentrazione. Si può anche presentare sotto forma di difficoltà di inserimento nel gruppo dei pari, o anche sotto forma di un'apparente o reale scarso interesse per la scuola, scarsa motivazione all'apprendimento, basso rendimento scolastico e frequenza fino all'abbandono ed alla dispersione scolastica nelle

forme più gravi o meno gestite. È noto inoltre come il suicidio sia la seconda causa di morte fra gli adolescenti dopo gli incidenti stradali. I disturbi dell'umore possono indurre abuso di sostanze già come tentativo di automedicazione. L'abuso di sostanze come alcool, hashish, cocaina, cannabinoidi, ecc., può a sua volta causare depressione, disforia, ansia e la cosiddetta sindrome amotivazionale (perdita di motivazione a vivere). Il concomitante abuso di sostanze con i disturbi dell'umore può rendere questi ultimi resistenti ai trattamenti e comportare una prognosi peggiore. I principali sintomi di disturbi dell'umore, che non devono essere trascurati comprendono: iperattività (euforia) alternata a periodi di serio rallentamento psicomotorio/dell'attività sia fisica che mentale (apatia); umore depresso e/o irritabile; ridotta capacità di concentrazione; iperattività dei pensieri; senso di disperazione; deliri e allucinazioni; disturbi della condotta alimentare; iper/ipo-attività sessuale; insonnia/ipersonnia; disturbi gastrointestinali, cefalee e somatizzazioni varie; comorbidità ansiosa (ansia generalizzata; panico; fobia sociale); comportamento antisociale; abuso di sostanze; ideazione suicidaria.

www.qr-link.it/video/1413



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

■ REUMATOLOGIA

Quando le malattie reumatiche colpiscono l'età pediatrica

Sono purtroppo appannaggio frequente anche dei bambini: colpiscono infatti una media di 10mila bambini ogni anno. Una recente iniziativa di APMAR (Associazione Persone con Malattie Reumatiche), si chiama "Semplicemente guardarli".

Condivisa delle Organizzazioni del mondo pediatrico (SIP - Società Italiana di Pediatria, FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri e SIMPeF - Sindacato Medici Pediatri di Famiglia) è un appello a saper guardare e a superare il pregiudizio che porta ad escludere nei bambini, perché considerate malattie dei vecchi, le malattie reumatiche.

► Si tratta di molte malattie

Per brevità si chiamano malattie reumatiche, al plurale proprio perché sono tante: la forma più diffusa è l'artrite idiopatica giovanile, segue il lupus eritematoso sistemico, la dermatomiosite giovanile, la sclerodermia, la spondiloartropatia giovanile, la malattia di Kawasaki, la vasculite sistemica primaria giovanile rara, la poliartrite nodosa, e tante altre ancora.

Negli ultimi 20 anni le conoscenze dei meccanismi alla base dell'infiam-

mazione cronica sono aumentate in maniera esponenziale. Sono state identificate le cellule e le molecole che orchestrano l'infiammazione articolare, che si è scoperto non sono uguali fra le diverse forme di artrite o più in generale fra diverse malattie reumatiche. Queste molecole e queste cellule sono diventate bersaglio di farmaci intelligenti, i cosiddetti biotecnologici, che neutralizzano in maniera specifica il singolo mediatore o la singola cellula. L'applicazione delle nuove terapie sta modificando la storia naturale di queste malattie. Rispetto anche a solo 10 anni fa, l'assenza di segni e sintomi di malattia e la normale qualità di vita sono adesso obbiettivi raggiungibili in una grande percentuale dei bambini. La sensibilità per una diagnosi rapida e una corretta applicazione delle terapie più moderne sono prerequisiti essenziali per il raggiungimento di questi obbiettivi.

Le malattie reumatiche nell'età evolutiva hanno caratteristiche molto diverse dall'età adulta e richiedono quindi competenze specifiche pediatriche. Il bambino con malattia reumatica viene spesso identificato dal pediatra, ma richiede poi l'intervento del reumatologo pediatrico per la definizione diagnostica e la

corretta terapia. In Italia negli ultimi anni i bambini con necessità assistenziali per patologie croniche e/o complesse sono aumentati significativamente di numero e richiedono un approccio multidisciplinare, specialistico pediatrico e che coinvolge diverse professionalità. "Il percorso di cura deve prevedere la collaborazione di più specialisti del Centro di riferimento (reumatologo pediatrico, radiologo, oculista, ortopedico, fisiatra, fisioterapista, psicologo) - sottolinea

Alessandro Ballestrazzi, Presidente FIMP - per affrontare i vari aspetti della malattia e soprattutto un coinvolgimento attivo del pediatra o del medico curante e dei servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale al bambino e alla famiglia".

"Le criticità - aggiunge **Rinaldo Missaglia**, Presidente SIMPeF - nell'accompagnare il proprio assistito e la sua famiglia nei percorsi diagnostici e di cura sono diverse. Il problema principale è nella difficoltà di rapporto tra professionisti dei vari livelli di cura legato alla diversità degli aspetti contrattuali della pediatria di famiglia, che segue le norme della convenzione nazionale, e della medicina specialista vincolata alle regole del contratto ospedaliero. Attualmente, per la gran parte, i rapporti tra i diversi attori si basano sulle conoscenze personali quasi sempre risalenti a percorsi formativi comuni nel corso di laurea o di specializzazione e sulla "buona volontà" nel mettersi in relazione, mentre sarebbe di assoluta necessità un intervento delle Istituzioni per costruire una rete di cooperazione.

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

Oriana ha settantaquattro anni, vive da sola con il marito demente che accudisce amorevolmente ma che le sta togliendo ogni energia. Fumatrice da una vita. Ha un dolore all'emitorace sinistro da qualche settimana.

Oggi mi ha portato in visione la radiografia del torace che avevo prescritto. Ha una massa che lascia addito a pochi dubbi sulla sua natura. " Mi dica dottore, è grave?" E io vado con la mente al futuro prossimo, a quanto spetterà a lei e al marito. "Non le so rispondere signora, è un quadro che va chiarito, intanto le prescrivo una Tac".

Martedì

Ho ancora la faccia e il collo dolenti. Oggi ho visto per la prima volta una coppia di senegalesi, mi sono presentato, ho registrato i dati della signora, ho raccolto la sua storia, ho chiesto il motivo della visita e, come faccio sempre la prima volta che vedo una paziente, l'ho invitata ad accomodarsi sul lettino per un esame obiettivo generale.

Esamino il torace, ascolto i toni cardiaci e inizio a palpare l'addome. Improvvisamente vengo colpito da un violento colpo al volto; non mi rendo conto di cosa possa essere successo, rimango attonito, stordito, dolorante. Era un pugno brutale infertomi dal marito, urlante, che mi minacciava di morte se avessi ancora toccato la moglie. Purtroppo non avevo

con me la mia infermiera che solitamente assiste alla visita. Non mi era mai capitato di subire un'aggressione fisica. Ho pensato alle differenze culturali, a quelle religiose, ma non riuscivo a capacitarmi. Sono rimasto calmo e questo ha spiazzato il soggetto che ha cominciato a placarsi mentre la moglie continuava a chiedermi scusa. Avrei dovuto chiamare i carabinieri subito.

Al momento del commiato si è scusato anche l'uomo, ma la ferita inferta al mio animo e alla mia professione è stata profondissima, se ritorneranno li inviterò sicuramente a cambiare medico, non potrò essere sereno, non sarò più sereno in futuro con persone di quella cultura. La tranquillità è scomparsa, mi è sembrato di vivere in un'altra bolla temporale, mi è sembrato di tornare ad un medioevo ignorante e violento. E mi vengono in mente considerazioni sulla violenza che aumenta, sull'arroganza sempre più diffusa tra i miei pazienti, sui presunti diritti continuamente reclamati e sui doveri sempre dimenticati.

Vedo cambiare velocemente la composizione della popolazione che assisto, ormai gli italiani sono quasi una minoranza, sostituiti da pazienti di origini più diverse, di solito di bassissimo livello economico e culturale, con dinamiche familiari sconosciute, con aspettative le più varie, talvolta incomprensibili, che richiederanno sicuramente nuovi modelli di erogazione delle cure. Non è possibile, né accettabile, che un medico sessantenne venga picchiato, in un paese civilissimo quale

il nostro, solo perché visita gratuitamente una persona straniera secondo criteri codificati e riconosciuti in tutto il mondo occidentale.

Ho comunque informato dell'accaduto le forze dell'ordine e il direttore del Distretto. Una cosa è certa, quel pugno ha segnato un passaggio, un confine epocale tra due modi di fare medicina. La disponibilità, l'apertura umana e l'amicizia lasceranno il posto ad uno stretto, distaccato, rapporto professionale che non andrà oltre a quanto è disciplinato dai regolamenti.

Mercoledì

In poche settimane la neoplasia ha invaso ogni organo del corpo di Oriana, cute, polmoni, ossa, fegato e altro. Stamane alle 7.57 un sms dalla figlia: "la mamma si è addormentata questa notte".

Non mi era mai capitato che di fronte al marito, malato terminale di cancro, la moglie mi chiedesse esplicitamente cosa dovesse fare e come dovesse comportarsi quando il consorte fosse morto. "Signora, io non sono il Padre Eterno, non ho certezze, ho visto anche molte guarigioni", e lei indicando il marito che aveva le lacrime agli occhi: "dottore, non si preoccupi di dire la verità, lo sa benissimo che deve morire!"

Giovedì

Da ragazzo era intelligentissimo, spavaldo e arrogante come lo sono i giovani che vogliono sfidare il mondo. Ricordo i suoi libri e il garage di casa sua trasformato in studio con le pareti dipinte come i vasi greci, con figure di guerrieri e scene omeriche.

La sua volontà di sfida lo ha portato a provare l'acido lisergico, allora andavano di moda i trip con LSD. Questo errore di gioventù gli è stato fatale, allucinazioni ed episodi psicotici si sono susseguiti fino a ridurlo quasi ad una larva, sedato

e riempito di psicofarmaci, seguito dai servizi psichiatrici territoriali. Viveva da solo, i servizi del Comune gli procuravano i pasti, lui mangiava in continuazione ed era diventato un grande obeso, afflitto da dolori alla schiena, da scompenso di cuore e da difficoltà respiratorie.

Aveva bisogno di parlare e ancora aveva argomentazioni segnate da sprazzi di genialità; quando veniva in ambulatorio non terminava più di farmi domande o di chiedermi quale fosse il mio pensiero su argomenti più vari.

La sorella l'ha trovato morto a casa, probabilmente da ore, sdraiato sul pavimento. I colleghi del SUEM hanno constatato il decesso, aveva, stando alla descrizione, chiazze ecchimotiche al volto e al corpo: ho compilato la scheda ISTAT e ho chiesto l'accertamento autoptico.

Venerdì

Ho fatto presente a una signora che non valeva la pena che chiamasse il 118 per una banale virosi intestinale che si manifestava con febbre e scariche diarroidiche, le ho ricordato che sarebbe bastata una telefonata al sottoscritto, il problema sarebbe stato subito risolto senza spostare un'ambulanza attrezzata e facendo risparmiare la comunità. Stamane sono stato aggredito verbalmente, per strada, dal marito che mi ha fatto notare che lui, dopo trentacinque anni di lavoro, ha tutto il diritto di chiamare un'ambulanza e che mi ha anche comunicato che hanno subito cambiato medico perché io non avevo prescritto alcunché alla moglie per "tirarsi su" mentre a questo aveva provveduto il farmacista.

Sabato

Cinquantenne, maschio, ha aspettato due ore in sala d'attesa, quando è entrato mi ha rivelato il motivo per cui è venuto in visita: "quando mangio verdura cotta devo andare al bagno più spesso."

Ruolo preventivo dell'ASA alla luce delle nuove evidenze

L'assunzione regolare di ASA a basso dosaggio è un caposaldo della prevenzione cardiovascolare e/o cerebrovascolare secondaria, ma un suo uso più esteso anche in prevenzione primaria dovrà essere rivalutato alla luce delle nuove evidenze

Claudio Ferri

*Cattedra e Scuola di Medicina Interna
Università degli Studi dell'Aquila
UOC di Medicina Interna e Nefrologia
Ospedale San Salvatore*

Curiosamente, Aspirina è forse l'unico farmaco, senz'altro il più noto, a essere definito usualmente con il nome commerciale e non con quello della molecola, cioè acido acetilsalicilico (ASA). Ciò è dovuto all'immensa fortuna che Aspirina ha avuto, quando usata a basso dosaggio, in prevenzione secondaria cardiovascolare e/o cerebrovascolare^{1,2}.

In prevenzione primaria, invece, le linee guida europee co-firmate dall'ESC indicano che, poiché la riduzione degli eventi cardiovascolari e cerebrovascolari indotta da ASA "costa" un modesto aumento dei sanguinamenti intracranici, l'uso del farmaco non è raccomandato². Tale posizione è stata molto commentata, non tenendo essa in conto la presenza - nel contesto della prevenzione primaria - di una moltitudine di pazienti che, in ragione della presenza di altre malattie e/o fattori di rischio cardiovascolare, sono caratterizzati da un rischio cardiovascolare da intermedio ad elevato. In accordo con ciò, secondo altre linee guida europee l'uso di ASA può essere considerato anche in prevenzione primaria, nel paziente diabetico a elevato rischio cardiovascolare³. Similmente, le linee guida pratiche della Società di Endocrinologia e lo statement redatto congiuntamente da ADA/AHA/ACCF sono entrambe in favore dell'uso di ASA

nel paziente diabetico, quando il rischio cardiovascolare a 10 anni ecceda il 10%^{4,5}.

Le linee guida ESH/ESC sull'ipertensione arteriosa indicano come ASA a basso dosaggio possa essere preso in considerazione in condizioni tra loro assai diverse:

- nella donna ad alto rischio pre-eclamptico, se a basso rischio emorragico a livello gastrointestinale, a partire dalla dodicesima settimana;
- in tutti i pazienti ipertesi con riduzione della funzione renale e/o ad elevato rischio cardiovascolare, una volta raggiunto il buon controllo pressorio⁶.

La disparità tra le posizioni di diverse e prestigiose società scientifiche di fronte alla correttezza dell'uso di ASA in prevenzione primaria è tale che, ad oggi, sono in corso ben quattro diversi trial - l'Aspirin to Reduce Risk of Initial Vascular Events (ARRIVE), l'Aspirin in Reducing Events in the Elderly (ASPREE), Cardiovascular Events in Diabetes (ASCEND) e Aspirin and Simvastatin Combination for Cardiovascular Events Prevention Trials in Diabetes (ACCEPT-D) - tutti miranti a valutare il beneficio netto derivante dall'uso di ASA a basso dosaggio nella prevenzione primaria operata in gruppi di pazienti assai diversi tra loro, ma sempre caratterizzati da un rischio cardiovascolare di tipo sostanzialmente intermedio⁷⁻¹⁰.

► Prevenzione primaria oncologica

Oltre a quanto sopra, in prevenzione primaria è stata dimostrata con chiarezza la capacità dell'uso quotidiano di ASA a basso dosaggio di prevenire i tumori maligni del colon-retto, alcuni altri tipi di neoplasie solide (gastrica, esofagea, biliare, mammaria, melanoma), e la metastatizzazione a distanza¹¹⁻¹⁴. Grazie a tale capacità, la metanalisi di 51 trial clinici ha consentito di dimostrare come il farmaco eserciti un significativo beneficio netto anche in prevenzione primaria, sopravanzando la riduzione della mortalità per cancro il modesto aumento delle emorragie intracraniche¹¹. Il beneficio di ASA in prevenzione primaria è stato confermato anche da una metanalisi effettuata su studi di coorte¹².

Di notevole interesse clinico, la valutazione metanalitica ha consentito di rilevare come gli eventi emorragici extracranici tendano a ridursi significativamente ($p=0.003$) con il tempo, passando da un aumento del rischio ($OR=1.95$) a una sua riduzione per un periodo di assunzione regolare di ASA ≥ 5 anni ($OR=0.63$)¹¹.

L'evidenza derivante da studi e metanalisi relative alla capacità dell'uso regolare di ASA a basso dosaggio di ridurre il rischio di manifestare diverse neoplasie maligne suggerisce con una certa forza la correttezza della sua prescrizione in prevenzione primaria. Anzi, la stessa evidenza indica come il rischio cardiovascolare non possa essere il solo strumento atto a guidare il clinico nella sua prescrizione. Infatti, la stessa evidenza quanto meno supporta l'attuale necessità di rivisitare completamente le posizioni sin qui espresse, tutte limitate a "pesare" il rapporto rischio/beneficio in termini sostanzialmente cardiovascolari.

zionalmente cardiovascolari.

A supporto ulteriore di questo assunto, il recente studio multicentrico, randomizzato e condotto in doppio cieco, Aspirin for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism (the Warfarin and Aspirin [WARFASA])¹⁵ ha dimostrato in pazienti con un primo episodio di tromboembolismo venoso non provocato, già idoneamente trattati con warfarin, come lo switch da questa terapia ad ASA (100 mg/die) oppure a placebo esiti nel corso di un periodo di studio pari come mediana a 24.6 mesi in una chiara riduzione dell'outcome primario (recidiva del tromboembolismo venoso) nel braccio attivo vs placebo (ASA = 28/205 pazienti, placebo = 43/197 pazienti; 6.6% versus 11.2% per anno; hazard ratio=0.58 a favore di ASA; intervallo di confidenza al 95% 0.36-0.93, $p=0.02$).

Gli eventi emorragici e, in generale, la tollerabilità sono risultati sostanzialmente identici nei due bracci di trattamento, supportando quindi fortemente l'uso di ASA successivamente a un appropriato trattamento anticoagulante orale in pazienti reduci da un primo episodio di tromboembolismo venoso. Di particolare rilievo, nello studio WARFASA la prevenzione delle recidive era operata da ASA proprio nei pazienti con tromboembolismo venoso cosiddetto non provocato, quelli cioè in cui il rischio di recidive è notoriamente più elevato¹⁶ rispetto a quelli con causa evidente.

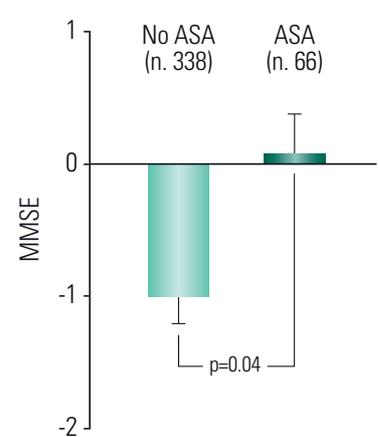
► Tromboembolismo venoso e declino cognitivo

Quanto sopra riportato - ancora una volta non relativo al versante arterioso sistemico - rappresenta un ulteriore tassello nel mosaico che

sembra dover sospingere a una più esaustiva, meno cardiocentrica, riconsiderazione del ruolo di ASA in prevenzione primaria. A conferma di ciò, un recente studio svedese basato sul Prospective Population Study of Women e su H70 Birth Cohort Study ha dimostrato come il declino cognitivo, valutato mediante il Mini Mental State Examination (MMSE), fosse significativamente ridotto in 681 donne con una età compresa tra 70 e 92 anni nel corso di 5 anni di uso regolare di ASA a basso dosaggio versus il non uso (figura 1)¹⁷. Di particolare rilievo clinico, prevedibilmente nello studio di Kern et al¹⁷ il Framingham score in condizioni basali era mediamente più elevato nelle donne trattate con ASA versus le non trattate (23.7 ± 6.4 versus 22.2 ± 6.5 , trattate versus non trattate, rispettivamente; $p=0.019$). Nelle 601 donne (pari a ben il 95.4% del campione) che manifestavano un rischio cardiovascolare $>10\%$ il declino del punteggio conseguito a

Figura 1

Deterioramento delle funzioni cognitive in donne seguite dal 2000 al 2005¹⁷



MMSE era ancor più evidentemente rallentato da ASA (-0.33 ± 3.3 nelle trattate versus -0.95 ± 2.9 nelle non trattate; $p=0.028$). Ciò dimostra ulteriormente come ASA, a lato della capacità di prevenire gli eventi cardiovascolari in prevenzione sia primaria che secondaria, possa esercitare diversi altri benefici, anche di tipo cognitivo.

In linea con tale ipotesi, in una popolazione costituita da 4.413 pazienti riportati nel South London Stroke Register la terapia antitrombotica ha ridotto il rischio di manifestare una riduzione delle funzioni cognitive successivamente ad uno stroke non dovuto a fibrillazione atriale sia quando con-

siderata isolatamente (rischio relativo uso versus non uso = 0.8, intervallo di confidenza al 95% 0.68-1.01), sia quando valutata nel contesto di una strategia terapeutica composita, fatta anche da antipertensivi e statine (rischio relativo uso versus non uso = 0.55, intervallo di confidenza al 95% 0.40-0.77)¹⁸.

► Conclusioni

In sintesi, pertanto, il beneficio che può derivare dall'uso regolare di ASA a basso dosaggio sembra spaziare dalla tradizionale prevenzione cardiovascolare, a quella delle neoplasie, a quella delle recidive

di eventi tromboembolici a partenza venosa e, ultimo, ma non certo per ultimo, del declino cognitivo.

L'assunzione regolare di ASA a basso dosaggio è quindi un caposaldo della prevenzione cardiovascolare secondaria¹⁹, ma il suo uso più esteso e secondo le stesse modalità anche in prevenzione primaria dovrà essere rivalutato alla luce delle diverse evidenze che abbiamo sopra sintetizzato.

Dopo due secoli, ne consegue, Aspirina non smette di sollecitare la curiosità del clinico con sempre nuovi dati, che ne suggeriscono un uso senz'altro costantemente attento ed appropriato, ma forse anche più ampio.

Bibliografia

- Baigent C, Blackwell L, Collins R et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009; 373: 1849-60.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H et al; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-1701.
- Rydén L, Grant PJ, Anker SD et al; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG), Zamorano JL et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2013; 34: 3035-87.
- Rosenzweig JL, Ferrannini E, Grundy SM et al. Primary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes in patients at metabolic risk: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 3671-89.
- Pignone M, Alberts MJ, Colwell JA et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: a position statement of the ADA, a scientific statement of the AHA and an expert consensus document of the American College of Cardiology Foundation *Circulation* 2010; 121: 2694-2701.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2013; 31: 1925-38.
- Bayer HealthCare. ARRIVE. Aspirin to Reduce Risk of Initial Vascular Events [online]. Available at: <http://www.arrive-study.com/EN/study.cfm>. (accesso 15 ottobre 2013).
- Nelson M, Reid C, Beilin L et al; Aspirin in Reducing Events in the Elderly (ASPREE) study group. Rationale for a trial of low-dose aspirin for the primary prevention of major adverse cardiovascular events and vascular dementia in the elderly. *Drugs Aging* 2003; 20: 897-903.
- University of Oxford. ASCEND. A Study of Cardiovascular Events in Diabetes (www.ctsu.ox.ac.uk/ascend).
- De Berardis G, Sacco M, Evangelista , et al; ACCEPT-D Study Group. Aspirin and Simvastatin Combination for Cardiovascular Events Prevention Trials in Diabetes (ACCEPT-D): design of a randomized study of the efficacy of low-dose aspirin in the prevention of cardiovascular events in subjects with diabetes mellitus treated with statins. *Trials* 2007;8: 21.
- Rothwell PM, Price JF, Fowkes FG et al. Short-term effects of daily aspirin on cancer incidence, mortality, and non-vascular death: analysis of the time course of risks and benefits in 51 randomised controlled trials. *Lancet* 2012; 379: 1602-12.
- Ye X, Fu J, Yang Y et al. Dose-risk and duration-risk relationships between aspirin and colorectal cancer: a meta-analysis of published cohort studies. *PLoS One* 2013; 8: e57578.
- Algra A M, Rothwell P M. Effects of regular aspirin on long-term cancer incidence and metastasis: a systematic comparison of evidence from observational studies versus randomised trials. *Lancet Oncol* 2012; 13: 518-27.
- Gamba CA, Swetter SM, Stefanick ML et al. Aspirin is associated with lower melanoma risk among postmenopausal Caucasian women: the Women's Health Initiative. *Cancer* 2013; 119: 1562-9.
- Becattini C, Agnelli G, Schenone A et al, for the WARFASA Investigators. Aspirin for preventing the recurrence of venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2012; 366: 1959-67.
- Prandoni P, Lensing AW, Cogo A et al. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1996; 125: 1-7.
- Kern S, Skoog I, Ostling S et al. Does low-dose acetylsalicylic acid prevent cognitive decline in women with high cardiovascular risk? A 5-year follow-up of a non-demented population-based cohort of Swedish elderly women. *BMJ Open* 2012; 2: 5.
- Douiri A, McKevitt C, Emmett ES et al. Long-term effects of secondary prevention on cognitive function in stroke patients. *Circulation* 2013; 128: 1341-8.
- Patrino C. Low-dose aspirin in primary prevention: cardioprotection, chemoprevention, both, or neither? *Eur Heart J* 2013 Jun 14. *Epub ahead of print*.

Discomfort intestinale da carenza enzimatica

La carenza enzimatica di alfa-galattosidasi e beta-galattosidasi è responsabile di gonfiore, distensione addominale, dolore e flatulenza: il quadro sintomatico, benigno ma vissuto con pesante disagio dal paziente, può essere risolto con un trattamento sostitutivo assunto all'inizio dei pasti principali

Gonfiore, distensione addominale, dolore e flatulenza, che possono giungere fino a manifestazioni diarroiche episodiche, sono spesso indicativi di quello che viene definito "discomfort intestinale da carenza enzimatica". Oltre la metà di chi ne soffre attribuisce ai sintomi un'importanza media, ma ben il 39% li considera pesantemente interferenti. Ma il "vissuto" del paziente, caratterizzato da disagio, frustrazione, difficoltà quotidiana, è spesso sottovalutato dal curante, che si trova di fronte a una sintomatologia tendenzialmente non patologica, riferibile a un contesto clinico basilare e "banale". In una rilevante percentuale dei pazienti il problema è riconducibile alla composizione dei pasti. Questi soggetti, infatti, soffrono di carenza enzimatica, che impedisce la digestio-

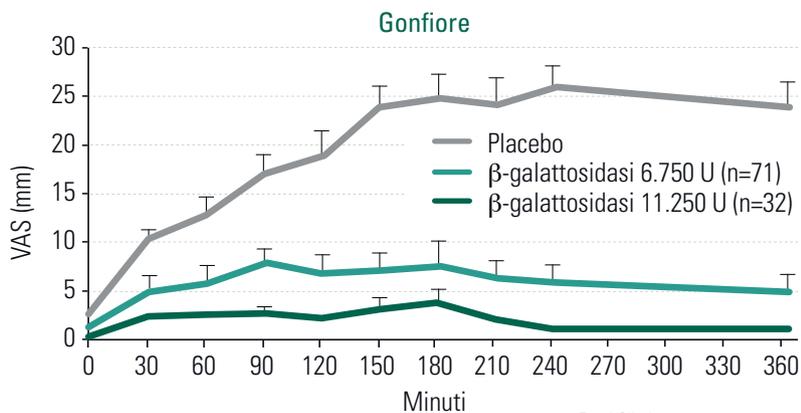
ne di alcuni carboidrati. I gruppi alimentari coinvolti sono cereali, legumi, verdure da un lato; latte e derivati dall'altro. E due sono, rispettivamente, i gruppi enzimatici deficitari: le alfa-galattosidasi, che permettono la scissione degli oligosaccaridi raffinose, stachiose e verbascose e le beta-galattosidasi, di cui fa parte la lattasi, enzima che scinde il lattosio in glucosio e galattosio.

Sinora, l'approccio al quadro classico del discomfort intestinale è stato essenzialmente sintomatico, per limitare la produzione di gas intestinali, oppure per ridurre l'impatto e facilitarne l'eliminazione, favorendo la coalescenza delle unità gassose. Ben diverso è invece l'approccio sostitutivo, che permette di vicariare l'attività digestiva carente attraverso la somministrazione degli enzimi deficitari: alfa-galattosidasi e beta-galattosidasi. Entrambi gli enzimi sono di origine estrattiva, dall'*Aspergillus niger* (alfa-galattosidasi) e dall'*Aspergillus oryzae* (beta-galattosidasi), controllati tarati e purificati. La somministrazione, all'inizio dei pasti principali (o se si devono assumere alimenti inadatti), è subito efficace, perché agisce prima che l'alimento raggiunga il colon.

L'efficacia della supplementazione è confermata da due studi. Il primo ha confermato l'efficacia della somministrazione di 300 GalU, o di 1200 GalU, sull'emissione di H₂ al Breath test e sulla gravità della sintomatologia classica (gonfiore, dolore, flatulenza, diarrea) (*Dig Dis Sci* 2007; 52: 78-83). Un secondo studio ha riportato la riduzione del sintomo gonfiore, evidente anche con una bassa dose di beta-galattosidasi (figura); altrettanto significativo l'effetto sugli altri sintomi (dolore, flatulenza, diarrea) (*Eur J Clin Invest* 2008; 38: 835-44).

Figura 2

Gonfiore minimo dopo scissione del lattosio



Eur J Clin Invest 2008; 38: 835-44

Antibiotico-resistenza e implicazioni cliniche

L'incremento delle resistenze agli antibiotici va inteso alla stregua di una vera e propria priorità di sanità pubblica a livello mondiale perché ad esse si associano importanti implicazioni cliniche, come l'aumento della morbilità, la maggiore gravità del quadro clinico, la maggiore durata dello stato di malattia e, spesso, l'aumento della mortalità.

Notevoli anche le ripercussioni economiche: dall'allungamento della degenza in ospedale alla prescrizione di un maggior numero di farmaci, fino al considerevole incremento di indagini e test diagnostici resi necessari per una maggiore complessità clinica

L'Italia è tra i Paesi europei con i livelli più alti di antibiotico-resistenza. "Nel nostro Paese - ha spiegato **Giovanni Gesu**, Direttore SC di Microbiologia e Virologia, Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano - la presenza di *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA) è doppia rispetto alla media europea. Si attesta, infatti, poco al di sotto del 40% (38% nel 2011), contro una media europea inferiore al 20%. Eppure, la diffusione del batterio *S. aureus* è molto più elevata in altre zone d'Europa, come nei Paesi scandinavi dove, tuttavia, il batterio è molto raramente un MRSA. Questa eccezionale concentrazione delle resistenze in Italia si spiega, da una parte, con una scarsa attenzione alle misure di prevenzione e, dall'altra, con l'abuso o il cattivo uso degli antibiotici."

Infine, va preso in considerazione l'aumento delle resistenze nei batteri Gram-negativi: un nuovo fenomeno in crescita nel nostro Paese, dimostrato dalla continua evoluzione della frequenza di resistenza nelle specie *E. coli* e *K. pneumoniae*.

Negli ultimi anni il fenomeno delle resistenze si è allargato alla maggior parte dei reparti di un ospedale, estendendosi dalle aree ad alta intensità di cura (rianimazione e terapia intensiva) ai reparti di Medicina Interna, dove la meticillino-resistenza dello *S. aureus* si attesta stabilmente intorno a quote superiori al 70%, confermandosi un problema reale implicato in molte sindromi cliniche,

soprattutto polmoniti, infezioni della cute e dei tessuti molli, infezioni urinarie. Non dobbiamo però dimenticare che le resistenze trovano terreno fertile anche fuori dagli ospedali, in particolare nelle strutture di lungodegenza per gli anziani, sempre più diffuse nel nostro Paese.

"I batteri sono sottoposti a un vero e proprio bombardamento di antibiotici - spiega **Ercole Concia**, Professore Ordinario di Malattie Infettive dell'Università degli Studi di Verona - imputabile a una concomitanza di tre fattori: il largo uso di antibiotici da parte della classe medica, la scorretta autoprescrizione da parte dei pazienti, l'uso massiccio che se ne fa in ambito veterinario. Questo abuso di antibiotici si rivela controproducente, perché permette una selezione di popolazioni batteriche antibiotico-resistenti, creando un grave problema di sanità pubblica e andando a ridurre la possibilità di debellare infezioni insidiose". Pertanto, lo sviluppo di nuove molecole appare una scelta obbligata in uno scenario in continua evoluzione, per poter avere una valida alternativa terapeutica nel caso, ormai non più eccezionale, di batteri in grado di resistere a tutti gli antibiotici disponibili in commercio. Fortunatamente sul fronte delle nuove molecole, ci sono novità significative. La più recente è ceftarolina fosamil, una nuova cefalosporina dimostratasi efficace contro lo *S. aureus* meticillino-resistente e i principali batteri Gram-positivi.

www.qr-link.it/video/1413



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

Quando il paziente diventa pericoloso per il medico che lo cura

Fra il paziente e il suo psicoterapeuta si stabilisce un rapporto unico basato sulla fiducia reciproca. Ciò fa sì che il paziente si apra e riveli le emozioni, i sentimenti e le pulsioni che albergano nel profondo del suo animo. Ma tale relazione può essere inficiata negativamente dagli effetti destabilizzanti della colpa persecutoria al punto da instaurare una vera e propria dinamica omicida

Antonio Malena
Psicologo psicoterapeuta, Roma

Le ultime notizie di cronaca mi hanno spinto a rivedere la dinamica a volte omicida che si viene a creare nel rapporto tra terapeuta e paziente. Per poter entrare nel merito di un argomento così complesso, è necessario partire dal concetto di colpa persecutoria. Tale colpa ha la sua apparizione sin dai primi istanti di vita e può essere ulteriormente aggravata dal trauma della nascita di cui parla Otto Rank¹ e dalla fase schizo-paranoide che vive il neonato durante tutto il periodo di allattamento materno, descritta molto bene da M. Klein².

La colpa persecutoria si caratterizza quindi per la sua precoce apparizione e si trova sotto il primato di *Thanatos* (istinto di morte). Gli individui in cui questo tipo di colpa è predominante hanno tendenze autopunitive che possono spingerli a provocarsi delle vere mutilazioni se non addirittura il suicidio, come avviene in alcuni gravi casi di melanconia. D'altro canto, M. Klein ha sottolineato che una delle difese primordiali contro l'istinto di morte è quella della proiezione all'esterno delle pulsioni distruttive su un oggetto. Purtroppo, ciò fa sì che l'oggetto (spesso una persona) diventi un persecutore per eccellenza. Inoltre, il fatto di aver usato l'oggetto come serbatoio per depositarvi l'istinto di morte provoca un ulteriore aggravamento della colpa persecutoria sia per l'uso strumentale fatto dell'oggetto e sia perché, esso, minaccia poi la rappresaglia².

La colpa persecutoria raggiunge la sua massima espressione negli stadi più regressivi, quando l'istinto di morte

opera con la massima intensità. In questi casi, l'angoscia e la persecuzione sono vissute molto intensamente nelle esperienze di perdita e frustrazione a causa di fantasie inconsce ad esse correlate. Poiché tale colpa investe l'Io con grande forza, questo sente la necessità di ricorrere alle difese più primitive come la scissione, l'onnipotenza, l'idealizzazione e la negazione.

► Meccanismi di difesa

Con la scissione, non solo si tende a separare l'oggetto pericoloso da quello vissuto come idealmente buono, ma si cerca di mettere da parte l'oggetto nei confronti del quale si è vissuta la colpa e da cui si teme rappresaglia e persecuzione. Questo meccanismo è usato anche per isolare parte del Sé responsabile della perdita che scatena la colpa persecutoria. Può accadere per esempio che determinate funzioni dell'Io siano disapprovate, annullate ed escluse dal campo della coscienza perché ritenute colpevoli.

Leon Grimberg³ racconta di uno studente che sviluppò un'inibizione intellettuale acuta poco tempo dopo la morte del padre, perché nella sua fantasia inconscia si sentiva colpevole di averlo ucciso col suo successo.

Egli commenta dicendo che in questi casi la situazione si aggrava perché alla colpa nei confronti dell'oggetto si somma la colpa persecutoria nei confronti di quella parte del Sé che fu bloccata e impedita di funzionare ed aggiunge che quando la situazione è vissuta in forma troppo

angosciosa, si ricorre ad una scissione estrema che conduce ad un quadro psicotico, schizofrenico.

Sembrerebbe che in questi casi l'lo si sia rassegnato a pagare un prezzo molto alto, dovuto alla propria frammentazione come conseguenza dell'intensità della colpa persecutoria vissuta.

► L'identificazione proiettiva

In alternativa alla frammentazione o come rafforzamento di questa può seguire l'identificazione proiettiva, attraverso cui l'lo cerca di liberarsi delle parti di sé legate alla colpa persecutoria, proiettandoli su un oggetto esterno. In tal modo le parti perdute del proprio Sé possono essere vissute come parti adirate e persecutorie che difficilmente potranno integrarsi con il resto del Sé a causa della minaccia che nascondono. Inoltre l'lo può risentirsi contro di esse per essersi sentito abbandonato. Alla fine, si finisce col provare timore dell'oggetto su cui sono state proiettate queste parti, sia per il suo risentimento sia per il fatto che l'oggetto è stato investito inconsciamente dal proprio risentimento.

Quanto maggiore sarà il risentimento, tanto maggiore sarà la colpa e la persecuzione e più difficile sarà l'elaborazione del lutto. Nella misura in cui diminuisce il risentimento e quindi la colpa persecutoria, aumenteranno la pena e il dolore per la perdita, che assumono una connotazione più depressiva e si ha anche un aumento della preoccupazione e della responsabilità e, in ultima istanza, della capacità riparatoria.

Altri atteggiamenti difensivi adottati dal soggetto per sfuggire alla colpa persecutoria, sono la negazione e l'onnipotenza e l'idealizzazione. Ad esempio, attraverso l'idealizzazione, l'lo cerca di rivestire l'oggetto di qualità straordinarie, quasi a convincersi che non ha potuto danneggiarlo, sicché non ha moti-

vo di sentirsi in colpa e, al tempo stesso, si assicura che per la sua bontà l'oggetto non lo perseguiterà.

► La colpa persecutoria

Fra il paziente e il suo psicoterapeuta si stabilisce un rapporto unico basato sulla fiducia reciproca. Ciò fa sì che il paziente si apra e riveli le emozioni, i sentimenti e le pulsioni che albergano nel profondo del suo animo. Ma tale rapporto è disturbato dai meccanismi di cui abbiamo parlato, in particolare modo dagli effetti destabilizzanti della colpa persecutoria. Quando il paziente ha proiettato sul suo terapeuta parti del sé vissute come aggressive e pericolose, teme che gli si possano riversare contro e quando per un motivo qualsiasi, come la difficoltà per sovraccollamento o per ferie vengono distanziati i colloqui, nella mente del soggetto malato incominciano a sorgere i dubbi che potrebbero riguardare, ad esempio, il segreto professione del suo terapeuta. Più tempo passa e più questi dubbi si acuiscono, per cui soggetti gravemente disturbati che hanno effettuato massicce identificazioni proiettive accompagnate da proiezione delle parti del Sé sentite come pericolose, cominciano a temere che il terapeuta possa diventare un persecutore (visto che fra le massicce proiezioni delle parti del sé effettuate sull'oggetto esterno - il terapeuta - vi è sempre anche quella di un Super Io tirannico introiettato che tiranneggia il paziente minacciandolo di continuo di punizioni). Se questi sospetti si intensificano, questi pazienti gravemente disturbati potrebbero temere, per esempio, che il loro terapeuta possa rivelare i loro segreti facendoli internare in un manicomio criminale o arrestare e pur di liberarsi di questo sospetto opprimente, a volte, potrebbero anche arrivare al punto di commettere un omicidio.

Dall'analisi esposta, si evince la necessità da parte di pazienti gravemente disturbati, di una personale e pericolosa tendenza alla "reattività difensiva". Nella mente del neuropatico si può formare l'idea che le "confessioni" fatte nel momento del colloquio col terapeuta siano un'abbondante e pericolosa raccolta di prove con "postumi" legali e/o implicativi, penalmente rilevanti nei suoi riguardi. Nella sua mente prende spazio il pensiero della necessità di reprimere sul nascere ciò che considera una grave minaccia per se stesso, anche con la soppressione del professionista che l'ha in cura.

Da qui, a mio modo di vedere, la necessità di creare, da parte del professionista, un suo archivio dedicato, in cui inserire i dati completi di questi soggetti e, nei giorni fissati per le sedute, dare uno sguardo attento nella sala d'aspetto, per individuare eventuali gravi e immanenti segnali di pericolosità reale di tali soggetti, prendendo, se necessario, opportuni provvedimenti. È indispensabile non dare a questi soggetti l'impressione dell'abbandono o, peggio, del rifiuto. Perciò se dovesse coincidere un eventuale loro appuntamento con un periodo di assenza del terapeuta per ferie o altri impegni, risulterebbe più consono programmare diversamente le sedute. Va prestata attenzione ad ogni loro gesto e reazione verbale e corporea.

Bibliografia

1. Rank O. Il trauma della nascita. Ed. SugarCo, 1994, Milano
2. L'attuazione della colpa persecutoria è molto connessa ai meccanismi della posizione schizo-paranoide di cui parla La Kleine nei suoi scritti (Scritti di Melanie Klein 1921-1958. Ed. Bollati Boringhieri, 2006, Torino)
3. Grimbreg L. Colpa e depressione. Ed. Il Formichiere, 1971, Milano

L'articolo è stato scritto con la consulenza del Dott. Raffaele Capono, specialista in Patologia Clinica Cirò Marina (KR)

Dare risposte ai bisogni inespresi del diabetico

► Nel complesso percorso di prevenzione, assistenza e cura per gli oltre 4 milioni le persone con diabete, esistono ancora moltissime aree di bisogno inespresse. La ricerca Harmonium Pharma, azienda farmaceutica con un focus unico e specifico sul diabete, ha messo in evidenza come - nella vita quotidiana delle persone con patologia diabetica - problematiche estremamente frequenti non abbiano ancora un'offerta di soluzioni pratiche e pronte all'uso, capaci di migliorare significativamente la qualità della vita.

Proprio la vicinanza alle persone con diabete e l'ascolto dei loro bisogni è alla base del modello di business di Harmonium Pharma, che sviluppa e fornisce una gamma completa di prodotti e servizi innovativi per migliorare il controllo del diabete e la qualità di vita delle persone affette dalla patologia. Prodotti attualmente presenti sul mercato come Glucosprint® per le ipoglicemie, Colipex® per le lipodistrofie da insulina, Allpresan® per la prevenzione del piede diabetico, Attiva Plus® per le alterazioni del tessuto dermo-epidermico, Feelfine® aghi indolori per penne da insulina, forniscono una risposta pratica, efficace e pronta all'uso a quei piccoli e grandi 'problemi' di oggi giorno che complicano la vita dei pazienti.

"Al centro del progetto Harmonium Pharma c'è la persona con diabete con il suo vivere quotidiano e i suoi bisogni - afferma **Ugo Cosentino**, Presidente Harmonium Pharma Italia e il nostro portafoglio di partenza si propone di fornire un supporto

importante ai bisogni inespresi evidenziati dal confronto quotidiano con le persone con diabete".

Online la nuova versione del manuale Merck

► MSD ha annunciato il lancio della nuova versione online del Manuale Merck, disponibile ora anche sui dispositivi mobili (smartphone e tablet). La 19ª versione del Manuale è disponibile online da novembre, gratuitamente per la classe medica, in esclusiva sul portale Univadis (www.univadis.it). «Questa ultima edizione - commenta **Pierluigi Antonelli**, Presidente e Amministratore Delegato MSD Italia - ci permette di offrire ai medici di tutto il mondo uno strumento di informazione e aggiornamento valido, veloce, facile da consultare e con contenuti scientifici indipendenti. Offrire uno strumento innovativo come la nuova edizione del Manuale Merck, in grado di accompagnare il professionista nell'esercizio della pratica clinica quotidiana, risponde ad una precisa strategia di comunicazione multimediale di MSD Italia che si fonda su tre parole chiave: innovazione, focalizzazione al cliente, eccellenza nei servizi».

Tabagismo: un vizio ancora troppo diffuso

► Sono diminuiti negli ultimi 15 anni ma sono ancora troppi: in Italia, secondo una recente indagine, i fumatori sono oltre 10 milioni, fumano in media 14 sigarette al giorno e sono resistenti a smettere (8 su 10 non hanno mai provato a

farlo). Si tratta di un vizio dalle conseguenze drammatiche non solo sul livello generale di benessere e qualità di vita dei fumatori, ma anche sui numeri del cancro, considerato che il fumo di sigaretta è tuttora responsabile dell'85% dei tumori polmonari. Una specifica attività di sensibilizzazione risulta necessaria sulle donne, poichè sembra che la percentuale di donne fumatrici sia in crescita rispetto ai maschi, e che facciano fatica a smettere anche in momenti delicati come la gravidanza. Per accendere i riflettori sul fumo e le sue conseguenze, il mese di novembre è stato intitolato LCAM (*Lung cancer awareness month*), mese di sensibilizzazione sul tumore al polmone.

Chinesiologi, osteopati e naturopati "a norma"

► Arrivano le norme italiane per le prime tre professioni della salute non regolamentate: chinesiologi, osteopati e naturopati. A definirne la normazione è stato l'UNI, l'Ente Nazionale Italiano di Unificazione, che svolge attività normativa in tutti i settori - funzione riconosciuta sia dall'UE che dallo Stato italiano - definendo chi sono e cosa fanno i professionisti e assicurando così uno standard di qualità permanente, che può anche portare alla certificazione del professionista su base volontaria.

Si tratta delle prime tre professioni 'senza albo' dell'area 'salute' a essere coinvolte dal processo avviato con la legge sulle professioni non organizzate (l. 4/2013) in vigore da febbraio, una legge attesa da diversi professionisti che operano sul mercato.